

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS, ENDOSCÓPICAS EN  
PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.  
ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014-2016**

**Proyecto de investigación previa a la  
Obtención del Título de Médico**

**AUTORES:**

**ALVARO JAVIER CEVALLOS GUAMANCELA**

C.I: 0105497960

**VALERIA LORENA CISNEROS SALINAS**

C.I: 1719835439

**DIRECTOR: DR. JULIO CESAR CALDERON MACHUCA**

C.I: 0101206977

**ASESOR: DRA. LORENA ELIZABETH MOSQUERA VALLEJO**

C.I: 0101755379

**CUENCA – ECUADOR**

**2018**



## RESUMEN

**Antecedentes:** La hemorragia digestiva alta (HDA) es la urgencia gastroenterológica más frecuente.

**Objetivo General:** Determinar las características epidemiológicas, clínicas, endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta del área clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.

**Metodología:** Estudio descriptivo-cuantitativo, la población de 272 pacientes con HDA, la recolección se realizó mediante formulario. Para el análisis se utilizó SPSS versión V.23, las variables cualitativas se presentaron con frecuencias y porcentajes; las variables cuantitativas con media y desviación estándar.

**Resultados:** Se revisaron 272 fichas clínicas que cumplieron los criterios de inclusión. En HDA no variceal el sexo masculino fue predominante 59%, la edad de presentación fue 64 años en el 58%, el 17% recidivó y la mortalidad del 7%. La cardiopatía fue la comorbilidad más frecuente 36%, la ulcera péptica fue el principal hallazgo endoscópico 66%. El score Rockall de 0 a 2 en el 50% y Glasgow Blatchford  $\geq 12$  55%. En HDA variceal se presentó el 64% en el sexo masculino, la edad fue de 44 a 64 años el 49%, el 38% recidivó y la mortalidad del 16%. La hepatopatía fue la comorbilidad más frecuente 72%, el principal hallazgo endoscópico las varices esofágicas 66%; el score Rockall de 2 a 4 en el 50% y Glasgow Blatchford  $\geq 12$  55%.

**Conclusiones:** La frecuencia Anual de HDA fue del 6%, de la cual el 4% y 2% correspondió a HDA no variceal y variceal respectivamente.

**Palabras clave:** HEMORRAGIA, SISTEMA DIGESTIVO, CAUSALIDAD, ESTUDIO DESCRIPTIVO, PACIENTES INTERNADOS, HOSPITALES PUBLICOS, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-ECUADOR.



## ABSTRACT

**Background:** Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is the most frequent gastroenterological emergency.

**General objective:** To determine the epidemiological, clinical, and endoscopic characteristics in patients with upper gastrointestinal bleeding in the clinical area of Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.

**Methodology:** Descriptive-quantitative study, the population of 272 patients with UGIB, the collection is expected by form. SPSS version V.23 was used for the analysis, qualitative variables are presented with percentages and percentages; the quantitative variables with mean and standard deviation.

**Results:** We reviewed 272 clinical records that met the inclusion criteria. In non-variceal HDA the masculine sex was predominant 59%, the age of presentation was 64 years in 58%, 17% recurred and the mortality of 7%. Heart disease was the most frequent comorbidity 36%, peptic ulcer was the main endoscopic finding 66%. The score Rockall from 0 to 2 in 50% and Glasgow Blatchford  $\geq 12$  55%. HDA variceal presented 64% in males, age was 44 to 64 years 49%, 38% recurred and mortality 16%. Hepatopathy was the most frequent comorbidity 72%, the main endoscopic finding was esophageal varices 66%; the score Rockall from 2 to 4 at 50% and Glasgow Blatchford  $\geq 12$  55%.

**Conclusions:** The annual frequency of HDA was 6%, of which 4% and 2% corresponded to non-variceal and variceal HDA, respectively.

**Keywords:** HEMORRHAGE, DIGESTIVE SYSTEM, CAUSALITY, DESCRIPTIVE STUDY, INTERNAL PATIENTS, PUBLIC HOSPITALS, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-ECUADOR.



# UNIVERSIDAD DE CUENCA

INDICE	
RESUMEN .....	2
ABSTRACT .....	3
INDICE .....	4
CAPITULO I .....	13
1.1 INTRODUCCION .....	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	16
1.3 JUSTIFICACION .....	18
CAPITULO II .....	19
2    FUNDAMENTO TEORICO .....	19
2.1 DEFINICION .....	19
2.2 EPIDEMIOLOGIA .....	19
2.3 CUADRO CLINICO .....	22
2.4 DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO .....	26
2.5 ESCALAS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA .....	33
2.6 TRATAMIENTO ENDOSCOPICO .....	36
CAPITULO III .....	37
3.    OBJETIVOS .....	37
3.1    OBJETIVO GENERAL .....	37
3.2    OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	37
CAPITULO IV .....	38
4.    DISEÑO METODOLOGICO .....	38
4.1    TIPO DE ESTUDIO .....	38
4.2    AREA DE ESTUDIO .....	38
4.3    UNIVERSO .....	38
4.4    CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION .....	38
4.5    VARIABLES .....	39
4.6    MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	39
4.7    TABULACION Y ANÁLISIS .....	40
4.8    ASPECTOS ÉTICOS .....	40
CAPITULO V .....	41
5    RESULTADOS .....	41
CAPITULO VI .....	60
6.    DISCUSION .....	60



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

<b>CAPITULO VII.....</b>	<b>69</b>
<b>7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>69</b>
<b>a. CONCLUSIONES.....</b>	<b>69</b>
<b>7.2 RECOMENDACIONES.....</b>	<b>70</b>
<b>CAPITULO VIII .....</b>	<b>71</b>
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>71</b>
<b>CAPITULO IX.....</b>	<b>93</b>
<b>9. ANEXOS.....</b>	<b>93</b>



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Yo Álvaro Javier Cevallos Guamancela en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS, CLINICAS, ENDOSCOPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. AREA DE CLINICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014-2016**”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 6 de marzo del 2018.

Álvaro Javier Cevallos

CI: 0105497960



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL.

Yo, Álvaro Javier Cevallos Guamancela, autor del proyecto de investigación **“CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS, CLINICAS, ENDOSCOPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. AREA DE CLINICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014-2016”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 6 de marzo del 2018.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Álvaro Cevallos', with a long horizontal stroke extending to the right.

Álvaro Javier Cevallos

CI: 0105497960



## Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Yo Valeria Lorena Cisneros Salinas en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS, CLINICAS, ENDOSCOPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. AREA DE CLINICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014-2016**”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 6 de marzo del 2018.

Valeria Lorena Cisneros Salinas

CI: 1719835439





## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL.

Yo Valeria Lorena Cisneros Salinas, autora del proyecto de investigación **“CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS, CLINICAS, ENDOSCOPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. AREA DE CLINICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014-2016”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 6 de marzo del 2018.

A handwritten signature in blue ink, reading "Valeria Lorena Cisneros Salinas", with a long horizontal line extending to the right.

Valeria Lorena Cisneros Salinas

CI: 1719835439



## **AGRADECIMIENTO**

Tras la finalización de este periodo nos gustaría agradecer a Dios por permitirnos llegar a esta parte importante de nuestras vidas.

Un agradecimiento especial a la Universidad de Cuenca, alma mater que nos ha permitido formarnos como médicos en el ámbito científico y sobretodo humano para ofrecer la mejor capacidad de nosotros a quien lo necesite.

A nuestro director Dr. Julio Calderón y asesor de tesis Dra. Lorena Mosquera que nos instruyeron durante todo este proceso con todos sus conocimientos, les agradecemos también por la confianza que depositaron en nosotros para la realización de este trabajo.

Agradecemos también a todos los médicos, maestros, amigos y compañeros que durante esta etapa han venido acompañándonos y brindándonos apoyo. Aconsejamos realizar tesis de este nivel, ya que realmente aportan a la comunidad científica para el bienestar de los pacientes para cuales nos formamos

Y un agradecimiento sobre todo a nuestras familias que con amor, dedicación y entrega estuvieron en cada momento de estos años y nos brindaron el apoyo necesario para culminar esta etapa importante en nuestras vidas

A todos un eterno agradecimiento.

Álvaro y Valeria



## DEDICATORIA

Todo es el resultado de un proceso, en el cual varios eventos confluyen para lograr concluir y apreciar los resultados de las decisiones del diario vivir.

Este caso fue llegar a ser médico, por ello dedico a mis abuelos Octavio y Misael a los que les debo mis valores y creatividad.

A mis padres José y Jenny por su apoyo incondicional a mi tía Gladys por creer siempre en mí, a mis Hermanos Paula, Mateo y Gabriela que con estar siempre ahí, a mis amigos por darme una mano en los momentos difíciles,

A mis Docentes, especialmente a Fernando Estévez por enseñarme y mostrarme que con poco de curiosidad se puede lograr mucho

Y por último a María Pucha, mi tía que sacrifico muchas veces su tiempo para cuidarme, a ella le debo todo lo que soy y seré.

Álvaro Cevallos



## DEDICATORIA

Dedico este proyecto final para la obtención de mi título profesional a mis padres Marco y Narcisa y mi hermana Stefania quienes me han acompañado durante todo este proceso y quienes me han enseñado que la dedicación constante y el amor hacia lo que hacemos nos hace profesionales humanitarios.

Lo dedico también a todos aquellos profesionales que me dieron la oportunidad de realizar cosas nuevas con lo que aprendí que podemos hacer más por las personas, al Dr. Estévez y Edmundo Hidalgo porque gracias a ellos aprendí que la perseverancia y el deseo de conocer más hicieron que conozca un mundo nuevo donde no existe límites para las ideas y el avance científico y personal

Valeria Cisneros



## CAPITULO I

### 1.1 INTRODUCCION

La hemorragia digestiva alta (HDA) es la perdida hemática producida por una lesión en la pared del tubo digestivo por encima del ángulo de Treitz, dependiendo de su etiología se clasifica en HDA Variceal y HDA no Variceal (1). Es la patología más frecuentemente atendida en el servicio de gastroenterología y el área de urgencias médicas. Según la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) en el año 2015, la incidencia anual de hemorragia digestiva alta fue de 48 a 160 casos por cada 100.000 habitantes (2), aumentando significativamente a un 35 a 45% conforme avanza la edad, la presencia de comorbilidades y hábitos patológicos (3). En el estudio realizado por Mero A. en Manta en el año 2014 se determinó que la prevalencia anual fue de 0,3 al 3% (4).

Entre los datos sociodemográficos que influyen en el desarrollo de la hemorragia digestiva alta variceal y no variceal, según el estudio “Hemorragia gastrointestinal, superior, aguda”, Suiza 2017, fue: la edad sobre los 60 años y la relación 3:1 del sexo masculino respecto al femenino (5). En el estudio “Factores pronósticos asociados con mortalidad en pacientes cirróticos con sangrado varicoso en dos hospitales de Bogotá”, Colombia 2017, se encontró que los factores pronósticos negativos de la hemorragia digestiva alta variceal fue: el consumo de alcohol, hepatopatías como la cirrosis, especialmente aquellas que presentaron un Child Pugh C, insuficiencia hepática y tumores hepáticos (6). Por otro lado los factores pronóstico negativos de la hemorragia digestiva alta no variceal según el estudio “Helicobacter Pylori Increases the Risk of Upper Gastrointestinal Bleeding in Patients Taking Low-Dose Aspirin”, España 2012, fue el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) e infección por helicobacter pylori (7).

La mortalidad por hemorragia digestiva alta varía de acuerdo a su etiología, para la hemorragia digestiva de origen no variceal según el estudio realizado en Costa Rica en el año 2015, “Sangrado Digestivo Alto no Variceal” fue del 10 al 14% (8); en el caso de la hemorragia digestiva alta variceal, según el estudio “Factores pronósticos



asociados con mortalidad en pacientes cirróticos con sangrado varicoso en dos hospitales de Bogotá, Colombia” 2016; se encontró que la mortalidad varió en el primer episodio del 6% al 42% dependiendo del estadio de la enfermedad (6), cifra que se elevó un 30% en personas con hemorragias recidivantes (9).

El principal síntoma fue la astenia en el 100% de la población según el estudio “Comparación de los scores Glasgow-Blatchford, Rockall y AIMS65 en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima “Perú 2016 (10), el motivo de consulta más frecuente fue la melena (71%), siendo también el principal signo clínico, seguida por la hematemesis (44%), se consultó por ambos signos concomitantemente en el 5%-10% y por hematoquezia en el 1,3%–5%, datos manifiestos en el estudio “Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage”, Estados Unidos 2015 (11), entre otros signos se encuentran la taquicardia que se presentó en aproximadamente el 23% de la población, según Pérez A y col. en el estudio “Situación actual del manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España”, 2012 (12), la anemia ocurrió en entre el 18-74% de la población, finalmente el shock hipovolémico se presentó en el 16 a 18% de los pacientes con esta patología, datos obtenidos en el estudio “Hemorragia Digestiva Alta No Varicosa” realizado en México (13).

La endoscopia digestiva alta es el Gold estándar diagnóstico de la HDA, cuya sensibilidad y especificidad alcanza un 90% y 99% respectivamente, es también un método terapéutico y de predicción de resangrado según el estudio “Endoscopia en la atención a pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa”, Cuba 2015 (14). La etiología endoscópica más frecuente de la hemorragia digestiva alta no variceal según la revista de gastroenterología Peruana en el artículo “Factores de Riesgo que Incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza 1980-2003” realizado en el año 2011 fue la ulcera gástrica o duodenal con un predominio de 45% seguida del síndrome Mallory Weiss (2–8%), la gastritis hemorrágicas (2–18%), la esofagitis erosiva (1–13%), las neoplasias (2–8%) y por último la ectasias vasculares (0–6%); mientras que la principal etología de la hemorragia digestiva variceal fueron las varices esofágicas, gástricas o duodenales (6–39%) (15).



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

La endoscopia digestiva alta es un buen predictor de resangrado en cualquiera de los dos tipos de HDA por lo que según el estudio “Predictores de recurrencia de sangrado en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal”, Venezuela 2014, destacó la importancia de la descripción en el informe endoscópico sobre el tipo, tamaño y localización de las lesiones; así como de la presencia de signos de hemorragia activa, reciente o inactiva (16).

El tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva alta no variceal, según la “Guía práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa” dependerá del estadiaje de la lesión, la recidiva y el estado hemodinámico del paciente (17); en cuanto a la hemorragia digestiva alta de tipo variceal el tratamiento endoscópico es la primera línea de manejo; en el caso de la HDA no variceal se combinarán dos técnicas endoscópicas, a diferencia de la HDA variceal se combinará el tratamiento endoscópico con el farmacológico, según las recomendaciones de la Sociedad Americana de Gastroenterología (18).

Se realizó la presente investigación para conocer cuáles son las características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta de tipo variceal y no variceal, ya que no se han realizado estudios sobre este tema para compararla con estudios realizados en otros países y conocer la realidad de la hemorragia digestiva alta en la ciudad de Cuenca.



## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el artículo “Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting” publicado en la Revista Escandinava de Gastroenterología en el año 2013, la hemorragia digestiva alta es la urgencia gastroenterológica más frecuente, con una incidencia anual de 36 a 172 casos por cada 100000 habitantes (19), cifra que no se ha modificado en los últimos años a pesar de los progresos científico-tecnológicos según el estudio realizado por Velásquez J. En el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa-Perú en el año 2012 (20). La mortalidad de la hemorragia digestiva alta varía dependiendo de la etiología, según el artículo “Impacto clínico de la albúmina sérica en la hemorragia de tubo digestivo alto no variceal” publicado en la revista de Gastroenterología de México en el año 2016, la mortalidad de la HDA de tipo no variceal ocurre en el 6% al 15% de los pacientes (21); la mortalidad de la HDA de tipo variceal según el artículo “Varices Esofágicas” publicado en la Revista Mundial de Gastroenterología en el años 2015 fue del 10% en pacientes con hepatopatías compensadas con un grado Child Pugh A y de un 70% en aquellos pacientes con hepatopatías descompensadas Child Pugh C (18), a pesar de un descenso en la mortalidad por hemorragia digestiva alta variceal y no variceal, todavía no se logra cifras significativas a pesar de los avances endoscópicos (21).

En el Ecuador no existen estudios que proporcionen datos sobre la incidencia anual de HDA, sin embargo en el estudio “Prevalencia de Hemorragia Digestiva Alta en Pacientes que Acuden al Hospital Rodríguez Zambrano 2010 -2011 y Propuesta de un Protocolo Actualizado de Atención”, Manta 2014, se evidenció que la prevalencia anual de hemorragia digestiva alta varía entre un 0.3 a 3% (4).

El mayor número de casos de HDA pertenecen al sexo masculino cuyas causas aún no son específicas; en el estudio “Endoscopia de urgencia en pacientes con episodio agudo de sangrado digestivo alto” realizado en el año 2012 en Cuba, se relaciona la aparición de hemorragia digestiva alta con los hábitos tóxicos encontrados en los hombres (22).





## UNIVERSIDAD DE CUENCA

En el artículo “Situación actual del manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España” publicado en el año 2012, las manifestaciones clínicas más frecuentemente encontradas en HDA variceal y no variceal son: la hematemesis, melenas y hematoquezia, acompañadas de signos indirectos como, hipotensión arterial, taquicardia, síndrome anémico agudo y shock hipovolémico (12).

Actualmente la endoscopia digestiva alta es el Gold estándar diagnóstico y el tratamiento de primera línea de la hemorragia digestiva alta según la “guía de diagnóstico y tratamiento de enfermedades digestivas” publicado en la revista de la Sociedad Chilena de Gastroenterología año 2013 (23), es también un instrumento pronóstico de resangrado y mortalidad, al permitir clasificar las lesiones encontradas en la pared del tubo digestivo (22).

A pesar de los estudios realizados sobre la incidencia y prevalencia de hemorragia digestiva alta, la correcta identificación de las manifestaciones clínicas, factores de riesgo para esta patología, la ejecución de normas de prevención, así como la implementación de recursos para los avances tecnológicos en endoscopia digestiva alta; la morbi- mortalidad de la HDA aún mantiene valores significativos en las ultimas 2 décadas como ya se ha mencionado anteriormente (24).

### PROBLEMA

De acuerdo con los aspectos mencionados anteriormente, y la falta de datos sobre el tema, se planteo la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características epidemiológicas, clínicas, endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta en el área de clínica del hospital Vicente Corral Moscoso 2014-2016?



### 1.3 JUSTIFICACION

A pesar de la inversión de recursos en la prevención, manejo clínico-quirúrgico, hospitalización, diagnóstico y tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva alta, el índice de morbi - mortalidad es del 10% (24). Por ello, conocer la realidad de las características epidemiológicas, clínicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta variceal y no variceal permitirá al médico mejorar las estrategias diagnósticas y realizar protocolos terapéuticos adecuados para el bienestar del paciente.

Si bien la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, no contempla entre sus líneas de investigación una temática específica como la propuesta. El estudio podría entenderse como una investigación en el marco de la línea catorce denominada “Problemas de salud prevalentes prioritarios”. Del mismo modo, el Ministerio de Salud Pública, contempla el área de investigación de la gastroenterología, sin detallar la línea de investigación específica del tema abordado en el estudio.

Los resultados obtenidos se entregarán en el Hospital Vicente Corral Moscoso a en el área de gastroenterología y se difundirá a través del repositorio digital de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, para la revisión por parte de los estudiantes y personal médico que esté interesado en los contenidos teóricos y estadísticos. El impacto científico dependerá del uso que se quiera dar al estudio y que a partir del mismo se realicen para futuras investigaciones, para el beneficio de los pacientes y el mejoramiento de los protocolos de atención prioritaria de esta patología.



## **CAPITULO II**

### **2 FUNDAMENTO TEORICO**

#### **2.1 DEFINICION**

Según la Sociedad Argentina de Gastroenterología se define como hemorragia digestiva alta a aquella pérdida de sangre que ocurre en cualquier sitio anatómico del tubo digestivo proximal al Angulo de Treitz. (25)

#### **2.2 EPIDEMIOLOGIA**

Según la Organización Mundial de Gastroenterología, la hemorragia digestiva alta es considerada la patología gastroenterológica más frecuentemente atendida en el área de urgencias médicas (18), alcanza una incidencia anual de 48 a 160 casos por cada 100.000 habitantes y un total de 300.000 ingresos por año (26), estas mismas cifras se reportan en el artículo "Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: Current policies and future perspectives" realizado en el año 2012 en Estados Unidos y publicado en la Revista Mundial de Gastroenterología (27); la prevalencia de hemorragia digestiva alta a nivel mundial es de aproximadamente 150 casos por cada 100.000 habitantes según la revista Digestive Diseases and Sciences en el artículo "Upper Gastrintestinal Bleeding" realizado en Estados Unidos en el año 2012 (28); en el Ecuador la prevalencia anual varia de un 0,3 a un 3% según el estudio "Prevalencia de hemorragia digestiva alta en Pacientes que Acuden al Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010 -2011 y Propuesta de un Protocolo Actualizado de Atención" publicado en el repositorio de la universidad de Guayaquil en el año 2014 (4).

Según el origen de la hemorragia digestiva alta, esta se puede clasificar en variceal y no variceal; los datos demográficos son factores importantes en la presentación, evolución, recidiva y tratamiento de la HDA. La edad y el sexo son de gran importancia y varían de acuerdo al tipo de hemorragia digestiva alta según diversos estudios (12), Se presenta entre los 45 y 65 años de edad, más frecuentemente en el sexo masculino, fundamento demostrado en el artículo "Situación actual del



manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España”, 2012, en el cual la edad promedio de presentación fue de 65 años y el 71% de los pacientes fueron hombres (12), datos similares se encontraron en el estudio “Prevalencia de las características clínicas, epidemiológicas y demográficas de pacientes cirróticos ingresados por sangrado digestivo alto al servicio de gastroenterología del Hospital Eugenio Espejo en el periodo enero 2010 - diciembre 2015”, realizado en el Ecuador y publicado en el año 2016 en el cual la edad de presentación de la hemorragia digestiva alta ocurrió entre los 50 y 66 años con más frecuencia en el sexo masculino (59%) (29), el motivo de esta condición aún no está definido sin embargo en el estudio realizado en el año 2012 en Cuba “Endoscopia de urgencia en pacientes con episodio agudo de sangrado digestivo alto” relacionó la aparición de hemorragia digestiva alta con los hábitos tóxicos del sexo masculino (22).

Los antecedentes personales y las comorbilidades son trascendentales en la presentación de hemorragia digestiva alta; el consumo de alcohol es un factor predictivo negativo tanto para la HDA de tipo variceal y no variceal, según el estudio “Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Úlcera Péptica y alto Riesgo de Resangrado, evolución tratamiento y factores” España 2005, el alcohol produce un riesgo 4 veces mayor de sangrado en patología ulcerosa y se relaciona con cambios en el tamaño y riesgo de sangrado de las varices esofágicas (30); estos datos se han conservado hasta la actualidad como se observó en el estudio “Características Clínicas de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en la unidad de Hemorragia Digestiva, Servicio de Gastroenterología, Hospital Edgardo Rebagliati Martins-ESSALUD, 2013 – 2014”, Perú 2016, en el cual el consumo de alcohol se presentó como un hábito nocivo relacionado con hemorragia digestiva alta (31); el tabaco, café, consumo de AINES, gastropatías, tumores gástricos, cardiopatías e infecciones por *Helicobacter Pylori*, son hábitos patológicos y comorbilidades frecuentes en pacientes con hemorragia digestiva alta de tipo no variceal, como se evidencio en el estudio “Risk factors for mortality among patients admitted with upper gastrointestinal bleeding at a tertiary hospital: a prospective cohort study”, Tanzania 2017 (32); las hepatopatías son las comorbilidades más importantes en el desarrollo de la hemorragia digestiva alta variceal como se demostró en el estudio



“Características epidemiológicas de la cirrosis hepática en el Hospital Civil de Guadalajara” realizado en México en el año 2016 (33).

Los días de hospitalización dependerán del origen de la hemorragia digestiva alta, según el estudio “Características Clínicas, Epidemiológicas y Endoscópicas de la Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2012.” Realizado en Perú, los días de hospitalización por ambos tipo de hemorragia fueron entre 5 y 7 días en el 45% de la población (20).

La mortalidad depende del tipo de la etiología, para la no variceal la mortalidad ha disminuido y se mantiene en el 2,5%, según el estudio “The in-hospital mortality rate for upper GI hemorrhage has decreased over 2 decades in the United States: a nationwide analysis”, USA 2015 (34), los factores determinantes de mortalidad de la HDA variceal son: la recidiva, la edad avanzada, presencia de comorbilidades y el tiempo en la realización de endoscopia, según el estudio “Hemorragia digestiva alta no varicosa: tratamiento”, España 2014 (35). La hemorragia digestiva alta de origen variceal para el año 2001 presento un índice de mortalidad del 30% para el primer episodio y un 70% en sangrados recurrentes, según el estudio “Gastroesophageal Variceal Hemorrhage” realizado en el centro médico de la Universidad de Duke / Inglaterra en el año 2001 (36), en la actualidad la mortalidad ha disminuido del 30 al 20%, según datos encontrado en el artículo “Predictors of mortality in patients with acute upper gastrointestinal hemorrhage who underwent endoscopy and confirmed to have variceal hemorrhage” Egipto 2015 (37), los factores pronósticos de mortalidad para la HDA de tipo variceal incluyen la cirrosis hepática, estadificación Child-Pugh grado C, shock, insuficiencia renal, infección, carcinoma hepatocelular, hemorragia activa, trombosis de la vena porta y gradiente de presión venosa hepática, según Y. Peng en el artículo “Child-Pugh versus MELD score for predicting the in-hospital mortality of acute upper gastrointestinal bleeding in liver cirrosis” China 2015 (38).



## **2.3 CUADRO CLINICO**

El cuadro clínico representa los signos y síntomas que son evidenciados con la evaluación inicial (anamnesis y examen físico) y que proveen datos importantes de la hemorragia digestiva alta; hay que tener en cuenta que muchas veces la melena se presenta en paciente con hemorragia digestiva baja; aproximadamente el 30% de los individuos con HDA no presentan sintomatología (39).

### **2.3.1 Síntomas**

#### **2.3.1.1 Astenia**

Durante la consulta por Hemorragia Digestiva Alta variceal o no variceal, la astenia es el síntoma más infrecuente, según el estudio “Características Clínico-Epidemiológicas y Endoscópicas de los Pacientes Adultos con Hemorragia Digestiva Alta no Varicosa en el Hospital Regional Docente de Trujillo - Perú en el Periodo 2003-2007” este síntoma se presentó en el 8,9% de los casos de HDA (40).

#### **2.3.1.2 Dolor Abdominal**

El dolor abdominal es un síntoma frecuente de las patologías gastrointestinales, se encontro en el 55,2% de los pacientes que presentaron HDA en general según el estudio “Características clínico-epidemiológicas de la hemorragia digestiva alta en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia-EsSalud Piura - Perú 2012” publicado por la sociedad Peruana de Gastroenterología (41).

### **2.3.2 Signos Clínicos**

#### **2.3.2.1 Melenas**

Según el estudio multicentrico prospectivo “Management of upper gastrointestinal bleeding in emergency departments, from bleeding symptoms to diagnosis” realizado por la sociedad Francesa medica de trauma, resucitación y emergencia



en el año 2017, la melena constituyó el signo clínico más frecuente, ocurrió en el 39% de los casos de Hemorragia digestiva variceal y no variceal (42). En America Latina la frecuencia de melena fue de 77, 9% según el estudio “Escala "UNAL" de predicción para identificar pacientes con hemorragia digestiva alta que necesitan endoscopia urgente” realizado en Unidad de Gastroenterología de la Universidad Nacional de Colombia (43). La frecuencia de melena en la hemorragia digestiva alta de origen no variceal se presentó en el 59,4% de los pacientes, siendo el primer signo encontrado en el estudio “Red blood cell transfusion is associated with increased rebleeding in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding” elaborado en el Hospital General de Montreal – Canadá 2013 (44). En la hemorragia digestiva alta de origen variceal la frecuencia de la melena es del 38,1%, según el estudio “Factores pronósticos asociados con mortalidad en pacientes cirróticos con sangrado varicoso en dos hospitales de Bogotá, Colombia” publicado por la Asociación Colombiana de Gastroenterología en el año 2016 (6).

### 2.3.2.2 Hematemesis

La Hematemesis es también un signo clínico habitual en la presentación de la HDA, ocurrió en el 20% de las personas con hemorragia digestiva alta de ambas etiologías, dato observado en el estudio “Etiological and Endoscopic Profile of Middle Aged and Elderly Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding in a Tertiary Care Hospital in North India: A Retrospective Analysis” en India en el año 2017 (45), en la hemorragia digestiva alta de origen no variceal, la hematemesis ocurrió en el 10% de los pacientes, según el estudio “Perfil Clínico y Causas más Frecuentes que Condicionan Sangrado de Tubo Digestivo Alto no Variceal y Tratamiento Requerido en el Centro Médico ISSEMYM ECATEPEC en el periodo de 10 meses”, realizado en el Estado de México en el año 2014 (46); en la hemorragia digestiva alta de origen variceal la frecuencia de la hematemesis es del 36% siendo el primer signo de presentación según el estudio “Prevalencia de Hemorragia Digestiva Alta en Pacientes con Cirrosis Hepática en el Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo durante el Periodo 2014”, realizado en Guayaquil y publicado en el año 2015 (47).



### **2.3.2.3 Hematoquezia**

La hematoquezia se presenta en el 3,8% de los casos de hemorragia digestiva alta de ambos tipos, según el estudio “Características clínico-epidemiológicas de la hemorragia digestiva alta en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia – Piura 2012” realizado en Perú (41), estos datos se asemejan a los obtenidos en el estudio “Clinical profile of patients presenting with gastrointestinal bleeding in a tertiary care hospital” realizado en India en el año 2017 y publicado por la Revista Internacional de Avances en Medicina en donde la hematoquezia tuvo una frecuencia de 19,3% (48).

### **2.3.2.4 Vómito en pozo de “Café”**

El vómito en pozo de café se presenta en el 24,59% de los casos de hemorragia digestiva alta de ambos orígenes, según el estudio “Características Clínicas, Epidemiológicas y Endoscópicas de la Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital III Goyeneche Arequipa- 2015” realizado en Perú, publicado en el año 2016 (49), sin embargo la cifra presentada es menor a la encontrada en el estudio “Factores de riesgo que incrementan la morbi-mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta” realizado en España en el año 2011 en el cual el vómito en pozo de café afectó al 6% en la población (50).

### **2.3.2.5 Taquicardia e Hipotensión**

Ambos signos son infrecuentes en hemorragia digestiva alta, especialmente en la de origen no variceal, según el estudio “Características Clínico - Epidemiológicas de la Hemorragia Digestiva Alta en Pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia- ESSALUD-Piura, Perú 2012, la taquicardia ocurrió en el 4,3% de los pacientes; la hipotensión ocurrió en el 9,5% de los pacientes que consultaron por HDA (41).





### 2.3.2.6 Anemia

Según el estudio “Transfusión o hierro en el manejo de la anemia de la hemorragia digestiva alta” realizado en España y publicado en la revista Anemia en el año 2012, la anemia se presentó en el 62% de los pacientes con hemorragia digestiva alta de cualquier etiología (51), esto concuerdan con el 67,9% de los pacientes que requirieron transfusión sanguínea por anemia según el estudio “Prevalencia de Hemorragia Digestiva Alta en Pacientes que Acuden al Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010 -2011 y Propuesta de un Protocolo Actualizado de Atención” publicado en el año 2014 en la Universidad de Guayaquil (4).

### 2.3.2.7 Palidez

En el estudio “Características Clínicas, Epidemiológicas y Endoscópicas de la Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2012” la palidez se presentó en el 69,5% de los pacientes con HDA, no existe estudio variados que expliquen más sobre este signo (20).

### 2.3.2.8 Shock Hipovolémico

El shock hipovolémico es considerado un signo, se presentó en el 13% de los pacientes con HDA según el estudio “Hemorragia digestiva grave en una UTI polivalente” realizado en Argentina en el año 2013 (26), este mismo signo se presentó en el 30,2% de la población con HDA de origen variceal según el estudio “Prognostic Factors Associated with Mortality in Cirrhotic Patients with Bleeding Varices at Two Hospitals in Bogotá D.C. Colombia” publicado por la Asociación Gastroenterológica de Colombia en el año 2016 (6), estos datos son similares a los encontrados en la HDA de origen no variceal según el estudio “Características Clínicas, Epidemiológicas y Endoscópicas de la Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2012” realizado en Perú y publicado en el año 2013 en el cual el shock hipovolémico constituyó el 34,1% de signos encontrados en HDA no variceal (20).



## 2.4 DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO

### 2.4.1 ETIOLOGIA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

La hemorragia digestiva alta según su etiología puede ser variceal y no variceal representando el 20% y 80% de los casos respectivamente (24). Según el estudio “Comparison of the AIMS65 Score with Other Risk Stratification Scores in Upper Variceal and Nonvariceal Gastrointestinal Bleeding” de la sociedad Coreana de Gastroenterología del año 2018”, se determinó que entre las causas etiológicas principales se encuentran: la úlcera gástrica 37%, varices esofágicas 24%, enfermedad Erosiva 16%, Neoplasias 7%, Malformaciones Vasculares 4%, Síndrome de Mallory-Weiss 3% y lesión de Dieulafoy 3% (52). Comparando estos resultados con estudios locales, en nuestro medio la principal causa de hemorragia digestiva alta fue la Enfermedad Erosiva 37,5%, la úlcera gástrica 31,5%, Varices Esofágicas 12%, según el estudio “Hemorragia Digestiva Alta. Factores De Riesgo, Localización Más Frecuente Y Tiempo De Estancia Hospitalaria del Hospital Universitario De Guayaquil 2013-2014” (53). En la última década se ha encontrado disminución en la frecuencia de la enfermedad erosiva y úlcera gastroduodenal, que disminuyeron del 55% al 30 %; existe aumento significativo de neoplasias gastrointestinales (50%), según el estudio “Changing Epidemiology of Upper Gastrointestinal Hemorrhage in the Last Decade: A Nationwide Analysis. Digestive, Rev. Diseases and Sciences, USA 2017” (54).

### 2.4.2 ETIOLOGIA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL

#### 2.4.2.1 ENFERMEDAD ULCEROSA PEPTICA

La úlcera péptica es la causa más frecuente de HDA, representa el 37,5% de los casos, de acuerdo al estudio “Comparison of the AIMS65 Score with Other Risk Stratification Scores in Upper Variceal and Nonvariceal Gastrointestinal Bleeding” Portugal 2018 (55). Según el artículo “Úlcera péptica, AINEs y Helicobacter, Hospital General Eduardo Liceaga”, México 2013, se define como la pérdida de sustancia en



la mucosa, extendida por lo menos hasta la musculares mucosae, afecta en un 15% al estómago. (56).

En cuanto a la localización anatómica, en el estudio “Comparación Entre El Uso De Dos Métodos De Tratamiento Endoscópico Mas Clínico Vs Un Tratamiento Endoscópico Mas Clínico En Sangrado Digestivo Alto Por Ulcera Péptica. Hospital De Especialidades FF. AA. Quito 2013” se encontró que el 25% de las úlceras fueron gástrica y el 50% duodenal, la localización más frecuente fue en el cuerpo gástrico (22,8%), en bulbo cara anterior (17,3%), en bulbo cara posterior (11%), subcardial (10,2%) y en otras porciones (10%) (57).

Su presentación está relacionada al uso y la dosis de AINEs (5.3%), diclofenaco (3.1%) y Ketorolaco (14.4%); la infección por H. pylori e hipersecreción gástrica aumenta en un 5% el riesgo de presentación de la HDA (58). La complicación más frecuente fue la perforación, ocurrió en el 3,77 / 100000 individuos según el estudio “Systematic Review of the Epidemiology of Complicated Peptic Ulcer Disease: Incidence, Recurrence, Risk Factors and Mortality” Hong Kong en el año 2011(59).

#### **2.4.2.2 ENFERMEDAD EROSIVA**

De acuerdo con estudios locales, la gastropatía erosiva y la duodenitis erosiva se presenta en el 37,5% de casos de HDA, según el estudio “Hemorragia Digestiva Alta Factores De Riesgo, Localización y Tiempo de Estancia Hospitalaria del Hospital Universitario De Guayaquil 2013-2014”, Ecuador, 2014 (53). A nivel latinoamericano se presentó en el 16 % de los casos, según el estudio “Características Clínicas, Epidemiológicas y Endoscópicas de la Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2012” (20). La frecuencia de esta patología en el estudios “Comparison of the AIMS65 Score with Other Risk Stratification Scores in Upper Variceal and Nonvariceal Gastrointestinal Bleeding” fue del 20% (55). El diagnóstico se establece de dos formas: endoscópicamente al encontrar erosiones a nivel de la mucosa gastroduodenal e histológicamente al descubrir hemorragias subepiteliales. Entre los factores desencadenantes según el estudio “Aute upper gastrointestinal bleeding--erosive gastropathy. Lugoslavia 2007” se encontró el consumo de AINES y Salicilatos en el 46% de los casos (60).



#### **2.4.2.3 ESOFAGITIS EROSIVA**

La esofagitis erosiva representa el 14% de las causas de HDA, según el estudio “Asociación de lesiones endoscópicas en pacientes con síntomas típicos de Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y alteraciones de la manometría esofágica en el Hospital Carlos Andrade Marín en el periodo diciembre del 2014 a junio del 2015” (61). Entre los factores desencadenantes según el estudio “Características Clínicas, Epidemiológicas y Endoscópicas de la Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2012”, la hernia de hiato fue la más frecuente (88%), seguido por el reflujo gastroesofágico en el 2%; el grado “D” de la clasificación de los Angeles se asoció al 3.3% de episodio de hemorragia digestiva alta y su recidiva (20).

#### **2.4.2.4 NEOPLASIAS**

Las neoplasias gastrointestinales son las responsables del 7% de los episodios de hemorragia digestiva alta según el estudio “Comparison of the AIMS65 Score with Other Risk Stratification Scores in Upper Variceal and Nonvariceal Gastrointestinal Bleeding” de la sociedad Coreana de Gastroenterología del año 2018” (52). De los cuales el 2% de los casos tenía una edad promedio de 62 años, según el estudio “Causas de hemorragia digestiva alta no varicosa”, Paraguay 2013 (62). En contraste, el estudio “Upper and lower gastrointestinal endoscopies in patients over 85 years of age” Francia 2017, se incluyeron 55 pacientes mayores de 80 años, de ellos el 25% tuvo como diagnóstico endoscópico cáncer gástrico (63). Es importante destacar que el 28% de pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico presentó HDA según el estudio “Quirúrgicas Digestivas en Oncología. Uruguay 2002” (64).

#### **2.4.2.5 ALTERACIONES VASCULARES**

Entre las alteraciones vasculares asociadas a Hemorragia digestiva alta se encuentran más frecuentemente los Hemangiomas y ectasias vasculares.



#### **2.4.2.5.1 HEMANGIOMA**

Según el estudio “Gastric epithelioid haemangioendothelioma: a rare cause of upper gastrointestinal bleeding” Reino Unido, el hemangioma es un tumor vascular que representa el 0,9% al 3,3% de las neoplasias gástricas (65). Su diagnóstico es difícil, es por eso que forma parte del 20% de la HDA de causa desconocida, según el estudio “An unusual cause of lower gastrointestinal haemorrhage” Reino Unido 2011 (66). En el Ecuador no existen investigaciones con respecto a esta patología.

#### **2.4.2.5.2 ECTASIA VASCULAR**

Esta patología es responsable del 4% de hemorragia digestiva alta, se asocia a anemia crónica por pérdidas hemáticas ocultas. Según el estudio “Gastric antral vascular ectasia” USA 2103; el 30% de los casos se asoció a cirrosis hepática (67). Es importante destacar que en Ecuador no existen estudios sobre esta patología. En el estudio “The Etiology Of Upper Gastrointestinal Bleeding In Cirrhotic Patients”, USA 2013, de 297 casos, el 1,25% presento ectasia vascular de tipo gástrica (68).

#### **2.4.2.6 LESION DE DIEULAFOY**

La lesión de Dieulafoy en el estudio “Massive Upper Gastrointestinal Bleeding Due to a Dieulafoy’s Lesion Inside a Duodenal Diverticulum”, USA 2017, fue la causante del 1,6 % de los casos de hemorragia digestiva alta, cuya tasa de mortalidad es del 80%, mayor a otras etiologías (69). Anatómicamente el 75% de las lesiones se localiza a nivel gástrico, las otras localizaciones incluyen duodeno y esófago según el estudio “Gastrointestinal bleeding from Dieulafoy’s lesion: Clinical presentation, endoscopic findings, and endoscopic therapy. World Journal of Gastrointestinal Endoscopy”, USA 2015 (70). En el estudio “Terapia endoscópica por lesión de Dieulafoy Azuay-Ecuador 2009” la localización anatómica más frecuente fue el fondo gástrico (50%), seguido del antro y el cuerpo (16%) y duodeno (11%); el resangrado se presentó en el 50% de los pacientes (71). Histológicamente la lesión de Dieulafoy se caracteriza por una arteria que tiene un diámetro anormalmente grande (1-3 mm), trayecto tortuoso, que sobresale a través de un pequeño defecto de la mucosa que varía entre 2 y 5 mm. (72).



### 2.4.2.7 SINDROME DE MALLORY WEISS

Según un estudio “Mallory-Weiss syndrome based on own experience – diagnostics and modern principles of management”, USA 2016, esta patología es diagnosticada en el 1.04% de la población mediante EDA, de este porcentaje solo el 19,82% provoca sangrado digestivo alto (73). En el estudio latinoamericano “Características Clínicas, Epidemiológicas y Endoscópicas de la Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2012” se encontró una frecuencia de síndrome de Mallory Weiss fue de 6,1% (20). En relación a estudios locales la frecuencia fue del 4,4% según el estudio “Factores de Riesgo y Causas de Hemorragia Digestiva Alta en el Servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, 2009” (74).

### 2.4.2.8 LESION DE CAMERON

En el estudio “Úlceras de Cameron: dos formas de presentación clínica de una hemorragia digestiva alta infrecuente”, España 2014, se le atribuye a esta el 5% de sangrado digestivo alto (75). En otro estudio “An Unusual Cause of Anemia: Cameron Ulcer”, Turquía 2016, la lesión de Cameron se describió como causa desconocida de hemorragia digestiva alta (58%) (76).

### 2.4.2.9 FISTULA AORTOESOFAGICA

En el estudio “Aorto-esophageal Fistula with a History of Graft Treatment for Thoracic Aortic Aneurysm .Hospital General Taichung Veterans. Taiwan 2008”, se encontró que la fistula aorto-esofagica es responsable del 10% de sangrado digestivo alto, cuya mortalidad es del 20 al 50% (77), clínicamente se presentó el dolor torácico (59%), disfagia (45%), el sangrado es generalmente secundario a procedimientos invasivos en el 0.3 al 1.6% de los casos. Es importante destacar que solo del 30 al 50% de los casos se diagnostican con endoscopia digestiva alta (78) (79).



## 2.4.3 ETIOLOGIA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL

### 2.4.3.1 VARICES ESOFAGICAS

Las várices esofágicas representan el 24 % de los casos de sangrado digestivo alto, según el estudio “Comparison of the AIMS65 Score with Other Risk Stratification Scores in Upper Variceal and Nonvariceal Gastrointestinal Bleeding” realizado en Portugal en el año 2018 (55). En el estudio local “Hemorragia Digestiva Alta. Factores De Riesgo, Localización Más Frecuente Y Tiempo De Estancia Hospitalaria del Hospital Universitario De Guayaquil 2013-2014” esta patología se presentó en el 12% de los pacientes (53%). En el estudio “Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting”, Escandinavia 2013, las varices esofágicas representaron el 3.8% al 5.1% de los casos de Hemorragia digestiva alta (19). Por ello se aprecia que la frecuencia depende del medio en el que se presenta los casos. La presencia de varices esofágicas se debe al aumento progresivo de la presión portal por encima de los 12 mmHG, con una probabilidad mayor de ruptura de las varices (80).

La etiología de la hipertensión portal se puede dividir en causas cirróticas y no cirróticas. Con el 70% y 30% respectivamente, de los pacientes con cirrosis el 70-90% presentaran ruptura espontanea de las varices (81). Entre las causas no cirróticas se encuentran alteraciones pre hepáticas como trombosis de la vena porta o la vena esplénica, alteraciones pos hepáticas como síndrome de Budd-Chiari o esquistosomiasis y el síndrome de obstrucción sinusoidal (74).

### 2.4.3.2 VARICES GASTRICAS

Según el estudio “Prognostic factors associated with mortality in patients with gastric fundal variceal bleeding” Japón 2017, las varices gástricas se presentaron en el 20% al 60% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión portal (82). En el estudio “A prognostic analysis of cirrhotic esophageal variceal bleeding treated with standardized endoscopic therapy”, China 2017, se encontró que el sangrado ocurrió en el 10% de los pacientes y llegó al 30% si se asociaba a comorbilidades como la cirrosis hepática (83). El estudio “Gastric varices: a challenge for endoscopic management”, Colombia, 2013, se encontró que el cuadro clínico de HDA por





varices gástricas se presentó clínicamente como hematemesis grave, con riesgo de resangrado al año del 3 y 5 años del 16%, 36% y 44% respectivamente (84). La localización más frecuente fue la curvatura mayor hacia el fondo gástrico en el 51,5% de los casos; su elevada mortalidad (36%) la convierte en una patología de gran importancia al momento del diagnóstico, según el estudio “Uso de Cianoacrilato en la Terapia Endoscópica de Várices Gástricas: Experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins del 2006 al 2010” Perú 2011 (85).

### **2.4.3.3 GASTROPATIA POR HIPERTENSION PORTAL**

En 1985 McCormack y colaboradores, establecieron una correlación clínica, endoscópica e histológica entre las lesiones gástricas e hipertensión portal (86). La prevalencia de la patología varía entre 4 al 80% de los pacientes con Hipertensión portal (80). En el estudio Elevated Gastric Antrum Erosions in Portal Hypertension Patients: Peptic Disease or Mucosal Congestion. The Korean Journal of Gastroenterology, Brasil 2017, se encontró que de 24 pacientes el 39,2% se asocia a la ingesta de alcohol seguido por la infección por Squisotomiasis 35%. (87)

El principal hallazgo endoscópico es la dilatación de capilares y vénulas de la mucosa y submucosa sin inflamación significativa. La mayoría de los pacientes son asintomáticos, aunque un número significativo presentan síntomas relacionados con anemia ferropénica, sangrado agudo: 2- 12% y sangrado crónico en 3- 60% de los pacientes, se debe realizar diagnóstico diferencial con ectasia vascular antral. (88)

Histológicamente se observó edema, acompañado de congestión vascular e infiltrado linfocitario con el consiguiente patrón en mosaico de puntos rojos y manchas “rojo cereza” (89). Localizadas frecuentemente en estómago proximal. El manejo terapéutico está dirigido a disminuir la presión portal. (86).





## **2.5 ESCALAS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

La hemorragia digestiva alta es una causa importante de morbi-mortalidad, es por eso que la estratificación a la llegada del paciente para conocer el riesgo de recidiva y mortalidad, la terapéutica a utilizar y la esperanza de vida post hemorragia se realiza mediante la utilización de escalas: pre – endoscópicas (Rockall y Glasgow Blatchford) y pos – endoscópicas como Forrest y Borrmann en el caso de la HDA de origen no variceal; Paquet, Sarín y Mc Cormack en HDA de origen Variceal y en el caso especial de HDA en pacientes cirróticos la utilización de la escala de Child Pugh (14)

### **2.5.1 ESCALAS PRE – ENDOSCOPICAS (ANEXO1)**

#### **2.5.1.1 Escala de Rockall**

Según el estudio “Update on risk scoring systems for patients with upper gastrointestinal haemorrhage” realizado en Reino Unido en el año 2012”, la escala pronostica de Rockall pre endoscópica es el sistema de puntuación más utilizado para la predicción de resangrado y mortalidad alrededor del mundo, así como para la realización de la endoscopia; en este mismo estudio se determinó que esta escala es superior a los sistemas de puntaje de Baylor y Cedar-Sinai en la identificación de pacientes de bajo riesgo, así como la superioridad de esta escala en el pronóstico de mortalidad sobre otras escalas (89), con respecto al estadiaje, según el estudio “Utilidad de la escala clínica de Rockall en la hemorragia digestiva alta no varicosa” realizado en Cuba en el año 2014, la clasificación como riesgo alto fue del 70,3%, y el riesgo bajo fue de 29,7% (90).

#### **2.5.1.2 Escala de Glasgow Blatchford**

La escala pre endoscópica de Glasgow Blatchford (GBS) según el estudio “Upper gastrointestinal bleeding risk scores: Who, when and why?” realizado en Portugal en el año 2016, es la puntuación numérica clínica de utilidad en la predicción de la necesidad de terapia endoscópica o quirúrgica, la validación de esta escala es superior en la identificación de pacientes con bajo riesgo de ser ingresados a



hospitalización o para la realización de terapia endoscópica, según el mismo estudio la validez de esta escala para los pacientes con alto riesgo es aun debatida, sin embargo la GBS es muy buena al igual que la escala de Rockall completa en la predicción de la necesidad de intervención endoscópica y superior al puntaje de Rockall pre endoscópico en pacientes con HDA con una baja probabilidad de un resultado clínico desfavorable (resangrado y mortalidad) (91).

### **2.5.2 ESCALAS POS – ENDOSCOPICAS (diagnósticas y predictivas)**

#### **2.5.2.1 HDA DE ORIGEN NO VARICEAL**

##### **2.5.2.1.1 ESCALA DE FORREST**

La escala de Forrest es utilizada en el diagnóstico endoscópico, para determinar estadiaje, pronóstico de resangrado y terapia endoscópica de la hemorragia digestiva alta de origen no variceal causada por ulcera péptica, síndrome de Mallory Weiss y lesión de Dieulafoy (92), según el estudio “Utilidad de escalas pronósticas en hemorragia digestiva proximal secundaria a úlcera péptica” realizado en la ciudad de México en el año 2016, la escala de Forrest es la mejor escala en la predicción de resangrado, mortalidad y necesidad de tratamiento endoscópico (93), esta escala según el estudio “Clasificación de Forrest”, Chile 2010, tiene una predicción de resangrado y mortalidad en Forrest I de 55% y 11%, Forrest IIA de 43% y 11%, Forrest IIB de 22% y 7%, Forrest IIC de 10% y 3% y en Forrest III de 5% y 2% respectivamente (94).

##### **2.5.2.1.2 CLASIFICACIÓN DE BORRMANN**

A pesar de que la escala de Borrmann no es una escala predictiva de HDA, sirve para realizar la estratificación endoscópica de los tumores gástricos, se menciona en el estudio ya que gracias a esta escala se conoce las características endoscópicas de las tumoraciones gástricas (95)



### **2.5.2.1.3 Clasificación de los Ángeles**

Es un sistema de puntuación endoscópica diagnóstica y pronóstica que permite en base a sus criterios conocer la extensión de las lesiones en la mucosa esofágica en 4 grados (A, B, C, D), según el estudio “Clasificación de Los Ángeles de esofagitis” realizado en Chile en el 2010, esta escala es un buen instrumento en la predicción de severidad de la esofagitis pre tratamiento en los grados del A-C (96).

### **2.5.2.2 HDA DE ORIGEN VARICEAL**

#### **2.5.2.2.1 CLASIFICACIÓN DE PAQUET**

La escala de Paquet es una valoración numérica pronóstica - diagnóstica específica de varices esofágicas de acuerdo a sus características morfológicas, en el estudio “Ligadura de Varices Esofágicas mediante Remontaje de Bandas Elásticas en Sets Descartables Recuperados” Cuba 2010, se concluyó que el 38,5% de los pacientes se encontraban en el grado III y un 61,5% en el grado IV (97).

#### **2.5.2.2.3 CLASIFICACIÓN DE MCCORMACK**

La clasificación de Mc Cormack es una escala diagnóstica de la gastropatía por HTP; según el estudio “Gastroenteropatía por Hipertensión Portal: Prevalencia y Factores Predictivos, Utilidad de los Métodos Diagnósticos y Determinación de los Niveles Plasmáticos de Factores Angiogénicos” Perú 2015, la GHP leve mantiene los mismos gradientes de presión venosa portal que los pacientes sin GHP, sin embargo la GHP grave se encuentran estos cambios de gradiente de presión venosa, también el pronóstico es mejor para aquellos pacientes con GHP leve (98).



## **2.6 TRATAMIENTO ENDOSCOPICO**

La endoscopia digestiva alta a más de ser el método de elección para el diagnóstico de hemorragia digestiva alta, es también la medida terapéutica de elección en la mayoría de los casos de hemorragia digestiva alta de origen no variceal y variceal según la Asociación Española de Gastroenterología (2).

El tratamiento de selección para la hemorragia digestiva alta de origen no variceal cuando la ulcera es sangrante, es cualquiera de los métodos endoscópicos terapéuticos, obteniendo una mayor eficacia cuando se combinan dos de estos, principalmente la inyección de adrenalina por costo, manejo por parte de los médicos especialistas en el área, facilidad de obtención, combinada con un método mecánico o térmico según el estudio “Características Clínicas y Endoscópicas de la Hemorragia Digestiva Alta Aguda no Variceal Hospital Cayetano Heredia III ESSALUD Piura 2004-2010” realizado en Perú, publicado en el año 2015 (99).

En la HDA de origen variceal, según la guía clínica de manejo de las varices Esofago-Gástricas de la Asociación Argentina para el Estudio de las Enfermedades del Hígado del año 2015, da como recomendación la terapia endoscópica al igual que la realización de la endoscópica dentro de las primeras 12 horas, en la terapéutica se recomendó la realización de la ligadura con banda elástica (100).



## **CAPITULO III**

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

- Determinar las características epidemiológicas, clínicas, endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta en el área de clínica del hospital Vicente Corral Moscoso 2014-2016

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar la frecuencia de la hemorragia digestiva alta en el periodo 2014 – 2016
- Caracterizar al grupo estudio de acuerdo a sexo, edad, residencia, nivel de instrucción, ocupación, estancia hospitalaria, condición de egreso, recidiva, hábitos patológicos, medicación previa y comorbilidades.
- Determinar el cuadro clínico de los pacientes con hemorragia digestiva alta.
- Determinar los diagnósticos endoscópicos en los pacientes con hemorragia digestiva alta



## CAPITULO IV

### 4. DISEÑO METODOLOGICO

#### 4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo - descriptivo de las características epidemiológicas, clínicas, endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta, en el área de clínica del hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016

#### 4.2 AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el área de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso en la ciudad de Cuenca, Ecuador.

#### 4.3 UNIVERSO

Se trabajó con todo el Universo formado por todas las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el área clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo Enero 2014 hasta diciembre de 2016. Codificación CIE-10 K 92.2. El trabajo no utilizó una muestra de la población, porque no fue representativa por el bajo número de casos por un inadecuado uso de la codificación CIE-10 en el momento del registro en el sistema.

#### 4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

##### 4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Historias Clínicas de los pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el área de clínica de Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo 2014-2016.

##### 4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Historias Clínicas que se encuentren incompletas.



## **4.5 VARIABLES**

Se incluyó variables cuantitativas como frecuencia de Hemorragia Digestiva Alta, estancia hospitalaria, edad y variables cualitativas como: sexo, residencia, nivel de instrucción, ocupación, condición de egreso, recidiva, hábitos patológicos, medicación previa, comorbilidades, cuadro clínico y diagnóstico endoscópico.

### **4.5.1 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES (ANEXO 2)**

## **4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

### **4.6.1 MÉTODOS**

Se revisaron todas las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta ingresados en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo 2014- 2016. La información se recolectó y se elaboró una base de datos para el Estudio.

### **4.6.2 TÉCNICAS**

Se recolectó y tabuló la información obtenida de las Historias clínicas de los pacientes de acuerdo a las variables de estudio.

### **4.6.3 INSTRUMENTOS**

Se aplicó un formulario diseñado para la recolección de la información de las historias clínicas. (ANEXO 3).



#### **4.7 TABULACION Y ANÁLISIS**

Los datos obtenidos se registraron en matrices realizadas en Microsoft Excel 2016 y fueron analizados utilizando SPSS versión 18. En el análisis descriptivo para variables cualitativas nominales se obtuvo frecuencia absoluta y porcentajes, y para variables cuantitativas se obtuvo media y desviación estándar.

#### **4.8 ASPECTOS ÉTICOS**

Se solicitó la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca (ANEXO 4) y la autorización del director del Hospital Vicente Corral Moscoso (ANEXO 5), para el acceso a los registros clínicos de la investigación. No se requirió consentimiento informado, pero se garantizó que la información recolectada se guardó con absoluta confidencialidad y no ha sido, ni será utilizada en otros trabajos, los participantes no fueron expuestos de ninguna manera.





## CAPITULO V

### 5 RESULTADOS

**Población de estudio.-** Estuvo conformado por 308 historias clínicas de las cuales fueron excluidas 36 por presentar una condición clínica que impidió la realización del procedimiento endoscópico (n=16) o registro clínico incompleto (n=20). Por lo tanto el universo de estudio fue de 272 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión del estudio, del universo de estudio 183 tuvieron diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal y 89 de hemorragia digestiva alta variceal.

**Frecuencia de Hemorragia digestiva alta.-** De 5319 pacientes ingresados en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo 2014-2016, 308 pacientes fueron diagnosticados de Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal, lo que representa que el 6% de los pacientes atendidos presentó la patología.

**Tabla 1. Distribución de 308 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta, área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016 en relación al total de pacientes por año.**

AÑO	N	TOTAL DE INGRESOS	FRECUENCIA ANUAL
2014	100	1765	6
2015	103	1654	6
2016	105	1900	6
<b>TOTAL</b>	<b>308</b>	<b>5319</b>	<b>6</b>

Fuente: Formularios de recolección de datos.  
Elaborado por la autores.

**Interpretación:** Como se aprecia en la Tabla N°1, en el año 2016 se presentaron 105 casos que corresponden al 6% del total de pacientes atendidos, seguido por el año 2015 que reporto 103 casos que representa el 6%, y en el año 2014 ingresaron 100 casos que corresponde al 6% del total de pacientes atendidos.



**Tabla 2. Distribución de 308 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta, área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016 en relación a la etiología variceal o no variceal por año.**

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL*			
AÑO	N	TOTAL DE INGRESOS	FRECUENCIA ANUAL
2014	65	1765	4
2015	63	1654	4
2016	74	1900	4
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>	<b>5319</b>	<b>4</b>
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL*			
AÑO	N	TOTAL DE INGRESOS	FRECUENCIA ANUAL
2014	35	1765	2
2015	40	1654	2
2016	31	1900	2
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>5319</b>	<b>2</b>

Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaborado por la autores.

\*Para calcular la frecuencia anual se utilizó la población total del estudio (incluida y excluida).

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°2, en relación a la frecuencia anual de hemorragia digestiva alta no variceal, en el año 2014 ingresaron a clínica 1765 pacientes de los cuales 65 presentaron la patología por lo tanto la frecuencia anual fue del 4%. En el año 2015 ingresaron a clínica 1654 pacientes del total 63 presentaron la patología por lo que la frecuencia anual fue del 4%. Finalmente en el año 2016 se registraron 1900 ingresos al área de clínica de los cuales 74 presentaron la patología y la frecuencia anual fue del 4%. En relación a la hemorragia digestiva no variceal en el año 2014 ingresaron a clínica 1765 pacientes de los cuales 35 presentaron la patología por lo tanto la frecuencia anual fue del 2%. En el año 2015 ingresaron a clínica 1654 pacientes del total 40 presentaron la patología por lo que la frecuencia anual fue del 2%. Finalmente en el año 2016 se registraron 1900 ingresos al área de clínica de los cuales 31 presentaron la patología y la frecuencia anual fue del 2%



**Tabla 3. Distribución de 183 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta no variceal, área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016 según datos socio demográficos.**

SEXO	N°	%
FEMENINO	75	41%
MASCULINO	108	59%
EDAD		
>64	107	58%
44-64	47	26%
<44	29	16%
RESIDENCIA		
URBANO	101	55%
RURAL	82	45%
INSTRUCCIÓN		
PRIMARIA	110	60%
ANALFABETO	41	22%
SECUNDARIA	25	14%
SUPERIOR	7	4%
OCUPACION		
NINGUNA	62	34%
QQDD	43	23%
OBRERO	31	17%
AGRICULTOR	26	14%
OTROS	21	11%

**Fuente: Formularios de recolección de datos.**

**Elaborado por la autores.**

La categoría otros\* incluyo la ocupación de chofer, jornalero y mecánico

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°3, en la hemorragia digestiva no variceal predomino el sexo masculino en el 59%. La edad mínima fue 16 años la máxima 100 años, promedio 65 años  $\pm$  19,8. El 58% de los casos se presentaron en mayores de 64 años. El 55% de pacientes residió en el área urbana. El 60% de los pacientes solo culmino la instrucción primaria y el 34% no tenía ocupación alguna.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

**Tabla 4. Distribución de 89 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta variceal, área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016 según datos socio demográficos.**

SEXO	N°	%
MASCULINO	57	64%
FEMENINO	32	36%
<b>EDAD</b>		
<44	19	21%
44-64	44	49%
>64	26	29%
<b>RESIDENCIA</b>		
URBANO	50	56%
RURAL	39	44%
<b>INSTRUCCIÓN</b>		
PRIMARIA	67	75%
ANALFABETO	8	9%
SECUNDARIA	13	15%
SUPERIOR	1	1%
<b>OCUPACION</b>		
OBRERO	28	31%
QQDD	21	24%
NINGUNA	16	18%
AGRICULTOR	16	18%
OTROS*	8	9%

**Fuente:** Formularios de recolección de datos.

**Elaborado por la autores.**

La categoría otros\* incluyo la ocupación de chofer, jornalero y mecánico.

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°4, en la hemorragia digestiva variceal, predominó el sexo masculino en el 64%. La edad mínima fue 21 años la máxima 88 años, promedio 56 años  $\pm$  15,9. El 49% de los casos se presentó entre los 44 y 64 años. El 56% de pacientes residió en el área urbana. El 67% de los pacientes culminó la instrucción primaria. Se encontró que el 31% de los pacientes eran obreros y el 21% realizaban labores domésticas.



Tabla 5. Distribución de 272 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal, área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016 en relación al tiempo de estancia hospitalaria.

HEMORRAGIA DIGESTIVA NO VARICEAL		
ESTANCIA HOSPITALARIA	N°	%
<3	22	12
4-9	144	79
10-16	11	6
>17	6	3
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100</b>
*X= 5    Ds= 3,7		
HEMORRAGIA DIGESTIVA VARICEAL		
ESTANCIA HOSPITALARIA	N	%
<3	16	18
4-9	59	66
10-16	9	10
>17	5	6
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>100</b>
*X=7    Ds=5.09		

Fuente: Formularios de recolección de datos.  
Elaborado por la autores.

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°5, el tiempo de estancia hospitalaria para la hemorragia digestiva no variceal, menor fue de 1 día y el mayor de 24 días, el tiempo promedio fue de  $5 \pm 3,7$  días. En la hemorragia digestiva variceal el tiempo menor fue de 1 día y el mayor de 32 días, el tiempo promedio fue de  $7 \pm 5$  días. El tiempo de estancia hospitalaria más frecuente para la hemorragia digestiva alta no variceal y variceal fue de 4 a 9 días en el 79% y 66% respectivamente.

**Tabla 6. Distribución los pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta no variceal y variceal en relación a la recidiva, área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.**

<b>HEMORRAGIA DIGESTIVA NO VARICEAL</b>		
<b>RECIDIVA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
NO	152	83
SI	31	17
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100</b>
<b>CAUSA DE RECIDIVA</b>		
ULCERA GASTRICA	16	52
GASTROPATIA EROSIVA	7	23
TUMOR GASTRICO	4	13
OTROS*	4	12
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100</b>
<b>HEMORRAGIA DIGESTIVA VARICEAL</b>		
<b>RECIDIVA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
NO	55	62
SI	34	38
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>100</b>
<b>CAUSA DE RECIDIVA</b>		
VARICES ESOFAGICAS	29	85
GASTROPATIA POR HTP	5	15

**Fuente:** Formularios de recolección de datos.

**Elaborado por la autores.**

\*la categoría otros\* incluye casos duodenitis erosiva, esofagitis erosiva y ulcera duodenal.

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°6, el número de casos que recidivaron en la hemorragia digestiva no variceal fueron 31 que representan el 17%. Entre las causas de recidiva se encontró a la ulcera gástrica en el 52% seguido de la gastropatía erosiva en el 23%. En relación al número de casos que recidivaron en la hemorragia digestiva variceal fueron 34 que representan el 38%. Entre las causas de recidiva se encontró principalmente las varices esofágicas en el 29% seguido de la gastropatía por hipertensión portal en el 15%.



Tabla 7. Distribución de los pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta no variceal y variceal en relación a la mortalidad, área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.

HEMORRAGIA DIGESTIVA NO VARICEAL		
MORTALIDAD	N	%
VIVO	170	93
FALLECIDO	13	7
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100</b>
CAUSA DE MORTALIDAD		
DIRECTA	9	69
INDIRECTA	4	8
HEMORRAGIA DIGESTIVA VARICEAL		
MORTALIDAD		
VIVO	75	84
FALLECIDO	14	16
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>100</b>
CAUSA DE MORTALIDAD		
DIRECTA	10	71
INDIRECTA	4	29

Fuente: Formularios de recolección de datos.  
Elaborado por la autores.

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°7, el número de casos que fallecieron en la hemorragia digestiva no variceal fueron 13 que representan el 7%. Entre las causas de mortalidad directa, la principal fue el shock hipovolémico en el 69%. En la mortalidad por causa indirecta el 23% falleció por complicación de patología previa, entre ellas la principal fue la cardiopatía y nefropatía. El número de casos que fallecieron por hemorragia digestiva variceal fue de 14 que representa el 16%. Entre las causas de mortalidad directa, la principal fue el shock hipovolémico en el 71%. En la mortalidad por causa indirecta el 29% falleció por complicación de patología previa, entre ellas la principal fue la cirrosis hepática e insuficiencia cardiaca.



**Tabla 8. Distribución de 183 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta no variceal 2016 en relación a hábitos patológicos, medicación previa, comorbilidades y H. Pylori, área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.**

HABITOS PATOLOGICOS	N	%
ALCOHOL	72	39
TABACO	21	11
OTROS* <sup>1</sup>	4	2
SIN HABITOS PATOLOGICO	86	48
<b>MEDICACION PREVIA</b>		
ANTIHIPERTENSIVOS	39	21
AINES	18	10
IBP	6	3
ANTITROMBOTICOS	4	2
ANTIPLAQUETARIOS	4	2
OTROS* <sup>2</sup>	10	5
SIN MEDICACION	102	56
<b>COMORBILIDADES</b>		
CARDIOPATIAS	66	36
ENDOCRINOPATIAS	25	14
HEPATOPATIAS	17	9
NEFROPATIAS	12	7
GASTROPATIAS	26	14
OTROS* <sup>3</sup>	21	11
<b>HELICOBACTER PILORY</b>		
PRESENTE	23	13

**Fuente:** Formularios de recolección de datos.

**Elaborado por la autores.**

**\*La categoría otros\*<sup>1</sup> incluye consumo de drogas o estupefacientes.**

**\*La categoría otros\*<sup>2</sup> incluye antidiabéticos, ansiolíticos y corticoides.**

**\*La categoría otros\*<sup>3</sup> incluye neuropatías y neumopatías.**

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°8, Entre los hábitos patológicos en la hemorragia digestiva alta no variceal, el consumo de alcohol fue de 39% siendo el más frecuente, seguido por el tabaco en el 11% de los casos. Los antihipertensivos y Aines fueron los medicamentos previamente consumidos en el 21% y 10% respectivamente. Entre las comorbilidades, las cardiopatías como la HTA e ICC fueron las más frecuentes en el 36%, seguido de Endocrinopatías como la DMTII en el 14%. El antecedente de infección por H. pylori se encontró en el 13% de pacientes.





**Tabla 9. Distribución de 89 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta variceal en relación a hábitos patológicos, medicación previa, comorbilidades y H. Pylori, área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.**

HABITOS PATOLOGICOS	N	%
ALCOHOL	62	70
TABACO	4	4
SIN HABITOS	23	26
<b>MEDICACION PREVIA</b>		
SIN MEDICACION	65	73
ANTIHIPERTENSIVOS	12	13
OTROS*	8	9
AINES	4	4
<b>COMORBILIDADES</b>		
HEPATOPATIAS	64	72
CARDIOPATIAS*	27	30
SIN COMORBILIDAD	16	18
ENDOCRINOPATIAS*	15	17
OTROS*	7	8
NEFROPATIAS	6	7
GASTROPATIAS	4	4
<b>HELICOBACTER PILORY</b>		
PRESENTE	5	6

Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaborado por la autores.

\*La categoría otros\*<sup>1</sup> incluye consumo de drogas o estupefacientes.

\*La categoría otros\*<sup>2</sup> incluye antidiabéticos, ansiolíticos y corticoides.

\*La categoría otros\*<sup>3</sup> incluye neuropatías y neumopatías.

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°9, El hábito patológico más frecuente en la hemorragia digestiva alta variceal, fue el consumo de alcohol en el 70%. Los antihipertensivos fueron los medicamentos mayormente consumidos en el 13%. Entre las comorbilidades, las hepatopatías fueron las más frecuentes de las cuales la cirrosis hepática se encontró en el 70%, seguido de las cardiopatías en el 30%. El antecedente de infección por H. pylori se encontró solo en el 6% de pacientes.



**Tabla 10. Distribución de 183 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta no variceal en relación al cuadro clínico, área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.**

SINTOMAS CLINICOS	N°	%
ASTENIA	125	63
DOLOR ABDOMINAL	112	61
DIAFORESIS	31	17
<b>SIGNOS CLINICOS</b>		
PALIDEZ	125	68
HEMATEMESIS	121	66
MELENA	120	66
ANEMIA	103	56
SHOCK	48	26
VOMITO EN POZO DE CAFÉ	29	16
TAQUICARDIA	13	7
HEMATOQUEZIA	8	4

**Fuente:** Formularios de recolección de datos.  
**Elaborado por la autores.**

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°10, En la hemorragia digestiva alta no variceal, la astenia fue el principal síntoma referido por los pacientes en el 63%, seguido por el dolor abdominal el 61% y la diaforesis en el 31% de los casos. Entre los signos clínicos, el principal fue la palidez en el 68%, seguido de la hematemesis y la melena en el 66%. La anemia se encontró en el 56%, el vómito en pozo de café en el 16%, la taquicardia y la hematoquezia se presentó en menos del 10% de los pacientes. Entre los signos clínicos de alto riesgo el Shock hipovolémico se presentó en el 26% de los casos.



**Tabla 11. Distribución de 89 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta variceal en relación al cuadro clínico, área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.**

SINTOMAS CLINICOS	N°	%
ASTENIA	71	80
DOLOR ABDOMINAL	58	65
DIAFORESIS	13	14
<b>SIGNOS CLINICOS</b>		
HEMATEMESIS	65	73
PALIDEZ	62	70
ANEMIA	57	64
MELENA	55	62
SHOCK	28	31
VOMITO EN POZO DE CAFÉ	21	24
TAQUICARDIA	7	8
HEMATOQUEZIA	2	2

**Fuente:** Formularios de recolección de datos.  
**Elaborado por la autores.**

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°11, En la hemorragia digestiva alta variceal, la astenia fue el principal síntoma referido por los pacientes en el 71%, seguido por el dolor abdominal el 58% y la diaforesis en el 14% de los casos. Entre los signos clínicos, el principal fue la hematemesis en el 73%, seguido de la palidez en el 70% y la melena en el 62% de los casos. La anemia se encontró en el 64%, el vómito en pozo de café en el 24%, la taquicardia y la hematoquezia se presentó en menos del 10% de los pacientes. Entre los signos clínicos de alto riesgo el Shock hipovolémico se presentó en el 31% de los casos.



**Tabla 12. Distribución de 272 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal 2016 en relación al diagnóstico endoscópico, área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.**

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL		
DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO	N°	%
ULCERA PEPTICA	120	66
GASTROPATIA EROSIVA	60	33
TUMORES GASTRICOS	26	14
ESOFAGITIS EROSIVA	23	13
ENDOSCOPIA NEGATIVA	15	8
SD MALLORY WEISS	14	8
DUODENITIS EROSIVA	14	8
DIEULAFOY	6	3
ECTASIA VASCULAR	2	1
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL		
DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO	N°	%
VARICES ESOFAGICAS	73	82
GASTROPATIA POR HTP	45	51
VARICES GASTRICAS	5	6
ENDOSCOPIA NEGATIVA	3	3

**Fuente:** Formularios de recolección de datos.

**Elaborado por la autores.**

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°12, el hallazgo endoscópico más frecuente en la hemorragia digestiva alta no variceal fue la ulcera péptica 66% de la cual el 56% fue para ulcera gástrica y el 10% para la duodenal. Seguido de la gastropatía erosiva 33%, tumores gástricos 14%, la esofagitis erosiva en el 13% y la ulcera duodenal en el 10%. El Sd Mallory Weiss, la duodenitis erosiva, lesión Dieulafoy y la ectasia vascular se presentó en menos de 10% de los pacientes. En relación de la hemorragia digestiva variceal el diagnóstico más frecuente fue las varices esofágicas en el 82%, seguido de la gastropatía por hipertensión portal 51% y las varices gástricas en el 6%.

**Tabla 13. Distribución de 120 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta no variceal por ulcera péptica, en relación a la escala de Forrest, área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.**

ULCERA PEPTICA						
ESCALA DE FORREST	ULCERA GASTRICA		ULCERA DUODENAL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
IA	4	3	1	1	5	4
IB	9	8	14	12	23	19
IIA	9	8	1	1	10	8
IIB	13	11	2	2	15	13
IIC	20	17	6	5	26	22
III	46	38	4	3	50	42
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>85</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Formularios de recolección de datos.  
Elaborado por la autores.

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°13, de los 120 casos de diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal por ulcera péptica, el 85% correspondió a la ulcera gástrica y el 15% a la ulcera duodenal. De acuerdo a la clasificación de Forrest el 42% correspondió al tipo III, seguido del tipo IIC el 22%, el IB en el 19%.y II B en el 13% , los tipos IA y IIA se encontró en menos del 10% de los casos.

**Tabla 14. Distribución de 26 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta no variceal por tumores gástricos, en relación a escala de Borrmann, área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.**

TUMORES GASTRICOS		
BORRMANN	N	%
I	8	31
II	11	44
III	3	13
IV	2	6
V	2	6
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Fuente: Formularios de recolección de datos.  
Elaborado por la autores.

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°14, de los 26 casos de hemorragia digestiva alta no variceal por Tumores gástricos según la clasificación de Borrmann el 44% fue de tipo II, seguido por el tipo I en el 31% y el tipo III en el 13%. Los tipos IV y V se presentó en menos del 10%.

**Tabla 15. Distribución de 23 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta no variceal por esofagitis erosiva, en relación a clasificación de los Ángeles área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.**

CLASIFICACION DE LOS ANGELES		
ESOFAGITIS EROSIVA	N	%
A	5	22%
B	4	17%
C	11	48%
D	3	13%
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formularios de recolección de datos.  
**Elaborado por la autores.**

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°15, de los 23 casos de hemorragia digestiva alta no variceal por esofagitis erosiva según la clasificación de los Ángeles el 48% fue de tipo C, seguido por el tipo A en el 22%, el tipo B en el 17% y el tipo D en el 13%.

**Tabla 16. Distribución de 14 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta no variceal por Mallory Weiss, en relación a Forrest área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.**

MALLORY WEISS		
FORREST	N	%
IB	5	33
IIB	2	17
IIC	2	17
III	5	33
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Formularios de recolección de datos.  
**Elaborado por la autores.**

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°16, de los 14 casos de hemorragia digestiva alta no variceal por Sd de Mallory Weiss según la clasificación de Forrest el tipo IB y III se encontró en el 33% mientras que el IIB y IIC en el 17%.



**Tabla 17. Distribución de 6 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta no variceal por Dieulafoy, en relación a Forrest área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.**

LESION DIEULAFOY		
FORREST	N	%
IA	4	67
IB	2	33
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Fuente: Formularios de recolección de datos.  
Elaborado por la autores.

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°17, de los 6 casos de hemorragia digestiva alta no variceal por lesión de Dieulafoy según la clasificación de Forrest el tipo IA se encontró en el 67% y el tipo IB en el 33%.

**Tabla 18. Distribución de 73 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta variceal por varices esofágicas, en relación a Paquet área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.**

ESCALA DE PAQUET		
GRADO	N	%
I	6	8
II	28	39
III	31	42
IV	8	11
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Fuente: Formularios de recolección de datos.  
Elaborado por la autores.

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°18, de los 73 casos de hemorragia digestiva alta variceal por varices esofágicas según la clasificación de Paquet el 42% correspondió al tipo III, seguido del tipo II en el 39%, el tipo IV se presentó en el 11% y el tipo I en el 8%.

**Tabla 19. Distribución de 45 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta variceal por gastropatía por hipertensión portal, en relación a la escala de MC Cormack, área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.**

ESCALA DE MC CORMACK		
GRADO	N	%
GRAVE	3	7
LEVE	42	93
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Fuente: Formularios de recolección de datos.  
Elaborado por la autores.

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°19, de los 45 casos de hemorragia digestiva alta variceal por gastropatía por hipertensión portal según la clasificación de Mc Cormack el 93 % correspondió al tipo leve y el 7% al tipo grave.

**Tabla 20. Distribución de 183 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta no variceal, en relación al índice de Rockall y evolución clínica de los pacientes, realizado área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.**

HDA NO VARICEAL SCORE ROCKALL	TOTAL		EVOLUCION CLINICA					
			RECUPERADO		RESANGRADO		MORTALIDAD	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
LEVE	91	50	74	40	16	9	1	1
INTERMEDIO	57	31	43	23	9	5	5	3
ALTO	35	19	22	12	6	3	7	4
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100</b>	<b>139</b>	<b>76</b>	<b>31</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>7</b>

Fuente: Formularios de recolección de datos.  
Elaborado por la autores.

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°21, se calculó el Score Rockall y se relacionó con la evolución clínica de los 183 casos de hemorragia digestiva alta no variceal. Se encontró que el 50% de los casos una puntuación de Rockall entre 0 a 2 (riesgo bajo), de los cuales el 40% presento una adecuada evolución clínica. Solo el 9% recidivó y el 1% falleció. El 31% de los casos obtuvo una puntuación de 3 a 5 (riesgo moderado) de los cuales el 23% presento adecuada evolución clínica, la recidiva fue del 5% y la mortalidad del 3%. El 19% obtuvo puntuación >5 (riesgo alto) de ellos el 12% se recuperó, la recidiva fue del 3% y la mortalidad del 4%.



**Tabla 21. Distribución de 89 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta variceal, en relación al índice de Rockall y evolución clínica de los pacientes, realizado área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.**

HDA VARICEAL SCORE ROCKALL	TOTAL		EVOLUCION					
			RECUPERADO		RESANGRADO		MORTALIDAD	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Leve	19	21	13	15	3	3	3	3
Intermedio	39	44	18	20	18	20	3	3
Alto	31	35	10	11	13	15	8	9
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>46</b>	<b>34</b>	<b>38</b>	<b>14</b>	<b>16</b>

Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaborado por la autores.

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°21, se encontró que el 21% de los casos de HDA no variceal obtuvo una puntuación de Rockall entre 0 a 2 (riesgo bajo), de los cuales el 15% presento una adecuada evolución clínica. Solo el 3% recidivó y el 3% falleció. El 44% de los casos obtuvo una puntuación de 3 a 5 (riesgo moderado) de los cuales el 20% presento adecuada evolución clínica, la recidiva fue del 20% y la mortalidad del 3%. El 35% obtuvo puntuación >5 (riesgo alto) de ellos el 10% se recuperó, la recidiva fue del 15% y la mortalidad del 9%.

**Tabla 22. Distribución de 183 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta no variceal, en relación al índice de Glasgow Blatchford y mortalidad, área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-201**

Glasgow Blatchford			MORTALIDAD			
			SI		NO	
INDICE	N	%	N	%	N	%
<12	82	45	2	1	80	44
≥12	101	55	11	6	90	49
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>170</b>	<b>93</b>

Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaborado por la autores.

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°22, se relacionó el Score Glasgow-Blatchford y mortalidad. Se encontró que de los 183 casos de Hemorragia digestiva alta no variceal el 55% obtuvo una puntuación ≥12 cuya mortalidad fue del 6%. Mientras que el 45% obtuvo una puntuación < 12 y la mortalidad represento el 1%.

**Tabla 23. Distribución de 89 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta variceal, en relación al índice de Glasgow Blatchford y la mortalidad, área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.**

Glasgow Blatchford			MORTALIDAD			
			SI		NO	
INDICE	N	%	N	%	N	%
<12	40	45	5	6	25	28
≥12	49	55	9	10	40	45
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>75</b>	<b>84</b>

Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaborado por la autores.

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°23, se relacionó el Score Glasgow-Blatchford y mortalidad. Se encontró que de los 89 casos de Hemorragia digestiva alta variceal el 45% obtuvo una puntuación < 12 cuya la mortalidad represento el 1% mientras el 55% obtuvo una puntuación ≥12 cuya mortalidad fue del 6%.

**Tabla 24. Distribución de 272 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal, en relación al tratamiento endoscópico, área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.**

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL		
TRATAMIENTO	N	%
ESCLEROTERAPIA	26	14
HEMOCLIP	2	1
NINGUNO	156	85
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100</b>
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL		
TRATAMIENTO	N	%
LIGADURA	32	36
NINGUNO	57	63
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaborado por la autores.

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°20, en relación al tratamiento de los 183 casos de hemorragia digestiva alta no variceal, el 85% no recibió terapia endoscópica, en el 26% se realizó escleroterapia y en el 1% se utilizó hemoclip. En relación a los 89 casos de hemorragia digestiva variceal el 63% no recibió tratamiento y el 36% ligadura con bandas.

**Tabla 25. Distribución de 272 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal, en relación al tiempo transcurrido desde el ingreso hasta realizar endoscopia área de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016.**

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL		
TIEMPO DE ENDOSCOPIA	N	%
MENOR A 12 HORAS	68	37
MAYOR A 12 HORAS	115	63
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100</b>
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL		
TIEMPO DE ENDOSCOPIA	N	%
MENOR A 12 HORAS	27	30
MAYOR A 12 HORAS	62	70
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

**Interpretación:** Como se aprecia en la tabla N°23, en relación al tiempo trascurrido en realizar la Endoscopia desde el momento del ingreso, de los 183 casos de hemorragia digestiva alta no variceal, el 63% se realizó en un tiempo mayor a 12 horas y el 37% en un tiempo menor a 12 horas. En relación a los 89 casos de hemorragia digestiva variceal el 70% se realizó en un tiempo mayor a 12 horas y el 30% en un tiempo menor a 12 horas.



## CAPITULO VI

### 6. DISCUSION

El presente estudio incluyó 272 fichas de los pacientes del área clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo enero 2014-diciembre 2016, con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, número mayor a los 184 pacientes incluidos en el estudio de Pesantes Castillo “Hemorragia Digestiva Alta. Factores De Riesgo, Localización Más Frecuente Y Tiempo De Estancia Hospitalaria. Hospital Universitario De Guayaquil 2013-2014” Ecuador 2015 (53).

La frecuencia anual de Hemorragia Digestiva Alta fue del 6%, ligeramente menor al 10% encontrado en el estudio de Oliver Solaz “Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el quinquenio 2009 a 2013”, Cuba 2017 (101). La hemorragia digestiva alta de origen no variceal fue más frecuente (4%) que la hemorragia digestiva alta de origen variceal (2), información similar se encontró en el estudio “Utilidad de escalas pronósticas en hemorragia digestiva proximal secundaria a úlcera péptica” realizado por Ramírez G. en México 2016. Los datos se repiten en los 3 años para la frecuencia global y ambos tipos de HDA (93).

La hemorragia digestiva alta de ambos orígenes se presentó con mayor frecuencia en el sexo masculino, con el 59% para la HDA de origen no variceal y un 64% para la HDA variceal, con una proporción hombre a mujer de 2–3: 1, datos semejantes se encontraron en el estudio “Etiological and Endoscopic Profile of Middle Aged and Elderly Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding in a Tertiary Care Hospital in North India: A Retrospective Analysis” realizado por Mahajan P, India 2017, en el cual el 61% de los pacientes fueron hombres con una proporción hombre a mujer 1,6:1 (45).

La edad promedio de la HDA no variceal fue de  $65 \pm 19$  años, con una frecuencia mayor (58%) en pacientes mayores de 64 años, en el estudio “Manejo Terapéutico del Sangrado Digestivo Alto Basado en Evidencia en Pacientes del Servicio de Gastroenterología Hospital IESS Ambato” realizado por Portal Y, Ecuador 2014, la edad promedio de presentación de esta patología fue de 65 años al igual que en el estudio (92%) (102). En la HDA de origen variceal la edad promedio de presentación



fue de  $56 \pm 15$  años, se presentó con mayor frecuencia (49) en pacientes entre 44 a 64 años, estos datos son similares a los encontrados en el estudio “TL 58 – Etiologías y Tratamiento de la Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile”, realizado por Guidotti F, Chile 2016, en el cual la edad promedio de presentación de HDA variceal fue de  $57 \pm 19$  años (103).

Con respecto a la residencia se observó que el 56% de los pacientes residían en zonas urbanas, que variaron con los obtenidos en el estudio realizado por Álvarez Serrano y col, “Factores Asociados a Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en Pacientes Mayores de 39 Años. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca – Ecuador”, Ecuador 2012, en el cual el predominio de residencia es de zonas rurales con un 51,9% (104) .La probable explicación de estos hallazgos actuales sería el crecimiento poblacional y la transformación de las zonas rurales a urbanas, datos publicados por el Instituto Nacional de Censos y Estadísticas (105); sin embargo los datos si concuerdan con datos internacionales, en el estudio “Características Clínico-Epidemiológicas de la Hemorragia Digestiva Alta en Pacientes del Hospital III Jose Cayetano Heredia- EsSalud- Piura” Perú 2012, el 51,4% de los pacientes residían en zonas urbanas al igual que en el presente estudio (41).

La instrucción primaria fue la más frecuentes en la HDA de ambas etiologías, con un 60% para la HDA no variceal y un 75% para la de origen variceal, datos contrastados en el estudio realizado por Álvarez Serrano y col. “Factores Asociados a Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en Pacientes Mayores de 39 Años. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca – Ecuador”, Ecuador 2012, en el cual el 49% de la población tenía instrucción primaria siendo la más frecuente (104).

El 34% de los pacientes que presentaron HDA de origen no variceal no tenían ocupación, estos datos concuerdan con los encontrados en el estudio de Álvarez Serrano y col. “Factores Asociados a Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en Pacientes Mayores de 39 Años. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca – Ecuador”, Ecuador 2012, en donde el 53% de los pacientes estudiados no tenían ocupación (104). No se encontraron estudios que relacionen la variables de educación y presentación de HDA variceal, sin embargo en el estudio la ocupación predominante fueron los obreros en el 31% de la población para HDA variceal.



Los días de estancia hospitalaria HDA de origen no variceal fue de  $5 \pm 3$  días y de la HDA variceal fue de  $7 \pm 5$  días; datos que concuerdan con los encontrados el estudio de Adam Vivian, “Estimates of Costs of Hospital Stay for Variceal and Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding in the United States”, USA 2018, en donde la hospitalización para la HDA de origen no variceal fue de 4,4 días, mientras que en la HDA de origen variceal la estancia hospitalaria fue de 15,2 días (106).

La recidiva en la HDA de origen no variceal ocurrió con mayor frecuencia que la de origen variceal, 17% y 38% respectivamente, estos datos concuerdan con los encontrados en el estudio “Is the AIMS 65 Score Useful in Prepdicting Clinical Outcomes in Korean Patients with Variceal and Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding?” realizado por Wang J y Col, Korea 2017, en donde existió una frecuencia de recidiva del 6% para la HDA no variceal y un 20% de recidiva para la HDA de origen variceal, igualmente la recidiva es mayor en el sangrado digestivo alto varicoso (107), la causa más frecuente de recidiva en HDA no variceal fue la ulcera gástrica en el 52% de los casos, mientras que en la HDA de origen variceal fue las várices esofágicas en el 85% de los casos, estos datos concuerdan con el estudio “Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding” realizado por Leerdam M, Países Bajos 2008, (108).

La mortalidad para la HDA de origen no variceal fue del 7%, índice menor que el encontrado en la HDA de origen variceal que fue del 16%, existen varios estudios que fundamentan los datos encontrados; según el estudio “The in-hospital mortality rate for upper GI hemorrhage has decreased over 2 decades in the United States: a nationwide analysis”, USA 2015, la mortalidad por HDA no variceal disminuyo del 4,5% al 2,1% datos menores a los encontrados en este estudio (34), sin embargo en otro estudio “Rockall risk score in predicting 30 days non-variceal upper gastrointestinal rebleeding in a Malaysian population” realizado por Lip H, Malaysia 2016 expuso que la mortalidad de la HDA no variceal fue del 8,7% (109); en cuanto a la HDA de origen variceal la mortalidad fue del 10% al 20% según el estudio “Management of variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis”, realizado por Cremers I, Portugal 2014 (110), concordando con lo ya mencionado que la mortalidad es mayor para la HDA de origen variceal.



El consumo de alcohol fue el hábito patológico más frecuente de la HDA variceal presentándose en el 70% de los casos, y el segundo más frecuente de la HDA no variceal ocurriendo en el 39% detrás de los pacientes que no tienen hábitos patológicos, en el estudio “Factores Predisponentes para la Aparición de Hemorragia Digestiva Alta en Pacientes de Unidad de Cuidados Intensivos” el consumo de alcohol fue el primer hábito patológico en la HDA global, con un 35% de presentación, datos similares a los obtenidos (111).

Con respecto a la medicación previa, el 56% de los pacientes con HDA no variceal y el 73% de los pacientes con HDA variceal no consumían ningún tipo de medicamentos, se obtuvo que el 21% y 13% de los pacientes con HDA no variceal y variceal respectivamente consumían antihipertensivos sin embargo no se encontró estudios donde se verifique la medicación previa de los pacientes; el 10% de los pacientes con HDA no variceal y el 4% de los pacientes con HDA variceal consumían AINES, estas cifras son menores a las encontradas en el estudio “Hemorragia digestiva grave en una UTI polivalente” realizado por Latasa D, Argentina 2013, en el cual el consumo de AINES fue del 26%.(26)

Las comorbilidades más frecuentemente encontradas en la HDA de origen no variceal fueron: las cardiopatías (HTA e ICC) en el 36% de la población, seguida de las endocrinopatías (DMT2) en un 14%, estas mismas comorbilidades se encontraron en el estudio “Utilidad de escalas pronósticas en hemorragia digestiva proximal secundaria a úlcera péptica” realizado por Martínez G, México 2016, en el cual la Diabetes Mellitus tipo II como Endocrinopatía ocurrió en el 35% de la población seguida de las cardiopatías con el 13% de los pacientes con HDA no variceal (93). Las comorbilidades más frecuentes en la HDA de origen variceal fueron las hepatopatías que se presentaron en el 70% de la población, especialmente la cirrosis hepática y de esta la más frecuente fue la cirrosis hepática Child Pugh B (54%), seguida de las cardiopatías (HTA e ICC) en un 30% de la población, en el estudio “Hemorragia Digestiva Alta Causas y Factores de Riesgos en Pacientes de 40 a 60 años” realizado por Choez T, Ecuador 2016, se observó que las hepatopatías fueron las comorbilidades más frecuentes con 38% de la población y de esta la más frecuente fue la cirrosis al igual que en este estudio (112),





en el artículo “Profilaxis de la hemorragia digestiva por varices esofágica” realizado por Olmo J, Valencia 2011, se observó que la cirrosis Child Pugh B fue la más frecuente con un 55,5% de los pacientes cirróticos que presentaron hemorragia digestiva variceal, cifras que concuerdan con las obtenidas en este estudio (113).

La presencia de *Helicobacter Pylori* en el caso de la HDA no variceal fue mayor a la HDA de origen no variceal con un 13% y 6% respectivamente, estas cifras son discordantes con los estudios sobre HDA; en la guía clínica AUGÉ “Tratamiento de erradicación de *Helicobacter Pylori* en Pacientes con Úlcera Péptica”, Chile 2016, se encontró que la frecuencia de *Helicobacter Pylori* fue de hasta el 80% de los casos de HDA de origen no variceal (114).

El síntoma más frecuente de la HDA de ambas etiologías, fue la astenia con un 63% para la HDA de origen no variceal y de un 80% para la HDA de origen variceal; en el estudio elaborado por Yépez N. “Frecuencia de Hemorragia Digestiva Superior en Pacientes del Servicio de Emergencia, Hospital Central Universitarios “Antonio María Pineda” la astenia correspondió al 8,27% de los pacientes estudiados, siendo menor a la de este estudio (115).

Los signos más frecuentes en la HDA de origen no variceal y variceal fueron la palidez con un 68% y 70%, hematemesis con un 66% y 73% la melena con un 66% y 62%, la anemia con un 56% y 64% y el shock hipovolémico con un 26% y 31% respectivamente, estos mismos signos fueron los más frecuentemente encontrados en el estudio “Hemorragia Digestiva Grave en una UTI Polivalente”, Argentina 2013, en el cual el signo más frecuente fue la melena con un 27% seguido de la anemia aguda con un 26%, hematemesis con un 19% y el shock hipovolémico con un 13% del total de la población estudiada (26).

El diagnóstico endoscópico más frecuente fue la úlcera gástrica que se presentó en el 56% de los pacientes con HDA no variceal, seguida de la gastropatía erosiva (33%) y los tumores gástricos (14%), en el estudio “Características Clínicas, Epidemiológicas y Endoscópicas de la Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2012”, Perú 2013, la primera causa de HDA no variceal fue la gastritis erosiva en el 62,2% de la población, seguida de la úlcera duodenal que ocurrió en el 36,6% de la





población, siendo al igual que en este estudio las dos principales causas de HDA no variceal; sin embargo los tumores gástricos en el estudio mencionado no fueron una causa frecuente de HDA (20). Con respecto a la HDA de origen variceal, fueron la varices esofágicas las de mayor frecuencia con un 82%, seguidas de la gastropatía por hipertensión portal con un 51%; en el estudio “Características Clínico-Epidemiológicas de la Hemorragia Digestiva Alta en Pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia- EsSalud- Piura”, Perú 2012, fueron la causa más frecuente de HDA de origen variceal, presentándose en el 20,5% de la población, seguida de las varices gástricas presentándose 2,4% de la población, este dato es discordante con el obtenido en este estudio (41).

Con respecto a la clasificación de Forrest, el 50% de los 120 pacientes con diagnóstico endoscópico de úlcera péptica, fueron lesiones tipo Forrest III, en el estudio “Características Clínicas y Endoscópicas de la Hemorragia Digestiva Alta Aguda no Variceal Hospital Cayetano Heredia III ESSALUD Piura 2004-2010”, Perú 2015, las úlceras pépticas también fueron lesiones tipo Forrest III, con un porcentaje de 46,7%, ligeramente menor a obtenido en este estudio (99).

Los tumores gástricos Borrmann clase II fueron los más frecuentes (44%), entre los 26 casos de tumores gástricos hallados endoscópicamente, estas cifras concuerdan con las encontradas en el estudio de Moncrieff H. “Estudio Comparativo Entre la Clasificación Endoscópica de Borrmann e Histopatológica de Lauren y su Relación con la Presencia de Metástasis en pacientes con Cáncer Gástrico”, Venezuela 2017, en el cual el 36% de las tumoraciones gástricas correspondieron a Borrmann clase II (116).

Con respecto a la clasificación de los Ángeles, esofagitis erosiva tipo C ocurrió con mayor frecuencia que las demás, con un 48% del total de los casos de esofagitis, estos datos no concuerdan con dos estudios realizados en esta misma región, el primero de ellos realizado por Macias J y Velez R, “Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico Asociado a Helicobacter Pylori en Pacientes Ingresados en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de Chone. Septiembre 2013 – Febrero 2014”, Manabí 2014” en el cual la esofagitis erosiva tipo A fue la más frecuente presentándose en 66,7% de la población (117), el



segundo estudio “Validez del Pedido de Endoscopia Digestiva Alta para el Diagnostico de Enfermedad por Reflujo Gastro Esofágico (ERGE) desde Junio del 2012 hasta Junio del 2013 en Pacientes del Hospital General de las Fuerzas Armadas, Quito. HE-1”, realizado por Yépez P, Ecuador 2014, de igual manera la esofagitis tipo A fue la más frecuente con, ocurrió en el 15,23% de los pacientes estudiados (118)

En el síndrome de Mallory Weiss, la lesión tipo Forrest I B y III fueron las más frecuentes, presentándose ambas en el 33% de la población, en el estudio “Mallory-Weiss syndrome based on own experience – diagnostics and modern principles of management”, USA 2016, la lesión tipo Forrest IB también fue la más frecuente presentándose en el 36,36% de la población (73).

En la lesión de Dieulafoy, el Forrest más comúnmente presentado fue el tipo IA, en el 67% de la población, estos datos son similares a los encontrados en el estudio realizado por Gonzales E, “Terapia endoscopia de la hemorragia digestiva alta por lesión de Dieulafoy”, Ecuador 2009, en el cual la lesión de Dieulafoy tipo Forrest IA y IB ocurrieron en el 50% de la población analizada (71).

La varices esofágicas con clasificación endoscópica Paquet grado III fueron las más frecuentemente encontrados (42%), seguidas de las varices esofágicas Paquet II (39%), del total de los paciente que presentaron HDA de origen variceal por varices esofágicas, estos datos fueron similares a los encontrados en el estudio realizado por Rojas C. “Frecuencia de Várices Esofágicas por Diagnóstico Endoscópico, Correlación con sus Características Clínico, Laboratoriales y Ecográficas y Tratamiento Endoscópico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Goyeneche Arequipa de los años 2008 al 2012”, Perú 2013, en el cual las varices esofágicas Paquet grado II fueron las más frecuentes (42,31), seguidas de las varices esofágicas Paquet grado III (34,62%) (119).

Con respecto a la clasificación de Rockall para la HDA de origen no variceal, se obtuvo que el 50% de los pacientes tuvieron un Rockall leve (0-2), al 9% del total de los pacientes que resangraron por HDA no variceal se ubicó en el Rockall leve, sin embargo el mayor número de fallecimientos se encontraron en Rockall de riesgo alto (>5), estos datos son similares a los encontrados en el estudio “Características



Clínicas, Epidemiológicas y Endoscópicas de la Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2012”, Perú 2013, en el cual la mayor cantidad de pacientes (50%) se ubicaron en el Rockall leve, con respecto al resangrado, el 22% de los pacientes tenían un Rockall alto, en cuanto a la mortalidad el 3,7 de los pacientes fallecido por HDA no variceal obtuvo un Rockall alto (20).

La clasificación de Rockall para la HDA de origen variceal es ligeramente distinta, el mayor porcentaje de pacientes (44%) se encontraron en Rockall intermedio (3-4), así mismo la mayor cantidad de pacientes (20%) que tuvieron resangrado por HDA variceal se ubicaron el Rockall intermedio, sin embargo la mayor frecuencia de mortalidad (9%) ocurrió en el Rockall de riesgo alto, estas cifras concuerdan con el estudio “Efectividad del Índice de Rockall para evaluar riesgo de resangrado en la hemorragia digestiva alta”, Cuba 2016, en el cual la mayor cantidad de pacientes (56%) se ubicaron en el Rockall intermedio, el 77% de los pacientes que resangraron se encontraron en riesgo alto, en cuanto a la mortalidad, el 80% de los pacientes que fallecieron se encontraron en riesgo alto de Rockall (120).

Con respecto al índice de Glasgow Blatchford (GB), el 55% de los pacientes que tuvieron HDA de ambas etiología obtuvieron una puntuación mayor a 12, con respecto a la mortalidad, la mayor frecuencia de mortalidad para ambos tipos de HDA se observó en el Glasgow Blatchford mayor de 12, el 6% para los pacientes con HDA no variceal y 10% para la HDA de origen variceal; en el estudio “Validez diagnóstica de la escala de Glasgow-Blatchford para la predicción de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Cayetano Heredia, Piura” Perú 2017, no presenta distribución total de los pacientes, sin embargo el 25% de los pacientes que fallecieron se ubicaron en un Glasgow Blatchford mayor de 12, cifra ligeramente mayor a las encontradas en este estudio (121).

Con respecto a la terapéutica endoscópica, el 85% de los pacientes que presentaron HDA de origen no variceal no recibieron terapéutica endoscópica, sin embargo de los pacientes que si recibieron tratamiento endoscópico al 14% se le realizó escleroterapia y al 1% se le aplicó hemoclip, ambos sin ningún otro método como recomienda la asociación americana de gastroenterología (122), datos similar se



encontró en el estudio TL 58 – Etiologías y Tratamiento de la Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Chile 2016, en el cual al 11% se le aplicó escleroterapia, y al 11% hemoclip sin ninguna otra terapia combinada (103).

En la terapéutica endoscópica para de la HDA de origen variceal, en el 63% de los pacientes no se realizó terapéutica endoscópica, en el 36% restante se realizó ligadura con banda, este último dato es similar al encontrado en el estudio “Características Clínicas, Epidemiológicas y Endoscópicas de la Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2012”, Perú 2012 en el cual al 40% de los pacientes que presentaron HDA de origen variceal se le realizó ligadura con banda (20).

El tiempo en el que se realizó la EDA en la hemorragia digestiva alta variceal y no variceal fue mayor a las 12 horas en el 70% y 63% respectivamente, solamente al 30% de los pacientes con HDA de origen variceal y al 37% de los pacientes con HDA de origen no variceal se les realizó la EDA dentro del tiempo establecido, que es de menos de 12 horas según el estudio “What is the ideal timing for endoscopy in acute upper gastrointestinal bleeding?” Canadá 2017, en el cual la evidencia indica que se obtiene mejores pronósticos con la realización temprana de EDA (123), el estudio “Utilidad del score de Baylor en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima – Perú”, Perú 2013, se encontró también que aproximadamente al 10,50% de la población se le realizó la EDA en las primeras 8 horas que está dentro del tiempo recomendado (124).



## CAPITULO VII

### 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### a. CONCLUSIONES

1.-La frecuencia Anual de hemorragia digestiva alta durante el periodo 2014-2016 fue del 6%, de la cual el 4% y 2% correspondió a la hemorragia digestiva alta no variceal y variceal respectivamente.

2.- En la hemorragia digestiva alta no variceal y variceal el sexo más afectado fue el masculino en el 59% y 64% respectivamente. Se encontraron diferencias en relación a la edad de presentación y ocupación, encontrándose en mayores de 64 años el 58% de la no variceal de los cuales el 34% no tenía ocupación, y entre 44 a 64 el 49% de variceal de ellos el 31% eran obreros. En relación al tiempo de estancia hospitalaria fue de 4 a 9 días la más frecuente en el 79% y 66% respectivamente. En la hemorragia digestiva alta no variceal la recidiva fue del 17% y la mortalidad del 7%. En el caso de la hemorragia digestiva variceal la recidiva fue del 38% y la mortalidad 16%. En relación a las comorbilidades las cardiopatías se encontraron predominantemente en la no variceal 36% y las hepatopatías en el 72% de la variceal.

3.-En relación a la frecuencia de presentación de los síntomas clínicos en la hemorragia digestiva alta variceal y variceal no hubo diferencias siendo los síntomas clínicos predominantes en orden de frecuencia la astenia, el dolor Abdominal y la Diaforesis. En relación a los signos clínicos fue la palidez 68% el principal en la no variceal y la hematemesis con el 73% en la variceal.

4.- Los hallazgos endoscópicos en la hemorragia digestiva alta no variceal fue la ulcera péptica en el 66%, la gastropatía erosiva el 33%, tumores gástricos en el 14% y la esofagitis erosiva 13%. En menos del 10% se encontró Sd Mallory Weiss, lesión de Dieulafoy y ectasia vascular. En relación a la hemorragia digestiva variceal fueron las varices esofágicas en el 82%, la gastropatía por HTP el 51% y las varices gástricas en el 6%. En la no variceal el Score Rockall fue de 0 a 2 en el 50% y Glasgow Blatchford  $\geq 12$  en el 55%. Mientras que en la variceal el Score Rockall fue de 2 a 4 en el 50% y Glasgow Blatchford  $\geq 12$  en el 55%.



## **7.2 RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda realizar futuras investigaciones analíticas, prospectivas para ampliar los resultados y las asociaciones entre factores de riesgo
2. Se recomienda el Adecuado uso de la Codificación de enfermedades CIE-10 para un adecuado registro de las patologías y su posterior análisis en futuros estudios.
3. Se recomienda el uso de escalas pronósticas de recidiva y mortalidad en el momento del ingreso del paciente, para mejor manejo de la patología, con la finalidad de mejorar la evolución clínica del paciente.
4. Se recomienda, realizar la clasificación adecuada de los hallazgos endoscópicos en base a escalas establecidas y describir el tratamiento endoscópico al momento de redactar la epicrisis.
5. Se recomienda el manejo interdisciplinario de la patología y crear protocolos terapéuticos, con la finalidad de brindar una mejor atención, cuyo objetivo principal sea disminuir los días de estancia hospitalaria, recidiva y mortalidad para el beneficio del paciente.



## CAPITULO VIII

### 8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Moreira V.F, Garrido E. Hemorragia digestiva alta no varicosa, Rev. esp. enferm. España 2014. [citado 25 septiembre 2017]. vol.106, N.1. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082014000100012](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082014000100012)
2. Sanchez C, García J, Hervás A. Hemorragia Gastrointestinal. Rev. AEGASTRO. España 2015, [citado 15 febrero 2018]. Disponible en: [http://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03\\_Gastroenterologia.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03_Gastroenterologia.pdf)
3. Carpio A, Cárdenas A. Manejo del Sangrado por Varices Esofágicas en Pacientes con Cirrosis. Rev. Exp. Medica. España 2016. [citado 25 septiembre 2017]. Volumen N° 34 (2). Disponible en: <http://www.experienciamedicahp.com.ar/uploads/revision-1-6234.pdf>
4. Mero A. M. Prevalencia de Hemorragia Digestiva Alta en Pacientes que acuden al Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010 -2011 y Propuesta de un Protocolo Actualizado de Atención, Rep. Universidad de Guayaquil, Ecuador 2014. [citado 2 Octubre 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9509/1/TESIS%20HEMORRAGIA%20DIGESTIVA%20ALTA.pdf>
5. Redéen S, Svanvik J. Gastrointestinal blödning, övre, akut. Rev. Intermedicin. Suiza 2017. [citado 15 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=496>
6. Martinez J, Garzón M, Rey M, Hernández G, Beltrán O, Ceballos J, Factores pronósticos asociados con mortalidad en pacientes cirróticos con sangrado varicoso en dos hospitales de Bogotá, Colombia. Rev. Scielo. Colombia 2016, [citado 15 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v31n4/v31n4a02.pdf>
7. Lanas A, Fuentes J, Benito J, Serrano P, Bajador E, Sáinz R. Helicobacter pylori increases the risk of upper gastrointestinal bleeding in patients taking low-dose aspirin. Rev. APyT. España 2012, [citado 28 septiembre 2017].





- Volumen 16. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2036.2002.01230.x/full>
8. Gonzales J. Sangrado Digestivo Alto no Variceal. Rev. Medica de Costa Rica y Centroamerica (Medigraphic). Costa Rica 2015. [citado 15 febrero 2018]. Vol. 72, N. 614. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc151za.pdf>
  9. García L, Piña L, Lozada G, Domínguez E. J, Escalona M. Mortalidad Asociada a Hemorragia Digestiva Alta por Enfermedad Acido Péptica en Pacientes Operados. Rev. MEDISAN-Scielo. Cuba 2013. [citado 2 Octubre 2017]. Vol.17, N.4. Disponible en: [http://www.gestweb.org/symposium/images/Presentations/Friday/Metropolitan/am1030\\_ChangDr\\_2016Man\\_Friday.pdf](http://www.gestweb.org/symposium/images/Presentations/Friday/Metropolitan/am1030_ChangDr_2016Man_Friday.pdf)
  10. Espinoza J, Aguilar V, Alban E, Pinto J, Huerta J. Comparación de los scores Glasgow-Blatchford, Rockall y AIMS65 en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Perú. Rev. Gastroenterol. Peru 2016. [citado 30 septiembre 2017]. Vol. 36 (2). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v36n2/a07v36n2.pdf>
  11. Granek I. M, Dumonceau J. M, Kuipers E. J, Lanas A, Sanders D. S, Kurien M, y col. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. Rev. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). USA 2015. [citado 30 septiembre 2017]. Vol. 47. Disponible en: [https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2015\\_s\\_0034\\_1393172.pdf](https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2015_s_0034_1393172.pdf)
  12. Pérez A, Nuevo López A. A, González A, De Argila C, Aviñoa D. y col. Situación actual del manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España. Rev. Elsevier. España 2012. [citado 30 septiembre 2017]. Vol. 35. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-situacion-actual-del-manejo-hemorragia-S021057051200088X>
  13. Samaniego C, Casco E. T, Cristaldo C. M. Hemorragia Digestiva Alta No Varicosa. Rev. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAM. Mexico 2005. [citado 30 septiembre 2017]. Vol XXXVIII - N° 4. Disponible en:





[file:///C:/Users/usuario-pc/Downloads/559-2027-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/usuario-pc/Downloads/559-2027-1-PB%20(4).pdf)

14. Winograd R, Williams E, Rodriguez D, Ramos Y, Guisado Y, Angulo O. Endoscopia en la atención a pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa. Re. Cubana Med Mil. Cuba 2015. [citado 15 febrero 2018]. Vol. 44, N. 2 Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol44\\_2\\_15/mil07215.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol44_2_15/mil07215.htm)
15. Basto M, Vargas G, Angeles P. Factores de Riesgo que Incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional "Arzobispo Loayza 1980-2003". Rev. Gastroenterología. Perú 2011. [citado 28 septiembre 2017]. Vol. 25 N.3. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292005000300005&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292005000300005&script=sci_arttext&lng=en)
16. Khaddaj A, Serrano A, Hernandez I, Lizarzabal M. Predictores de recurrencia de sangrado en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal. Rev. Scielo-Venezuela. Venezuela 2014. [citado 15 febrero 2018]. Vol 68, N. 3. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-35032014000300006](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032014000300006)
17. Gallach M, Calvet X, Lanas A, Feu F, Ponce J, Gisbert X. Guía práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa. Rev Emergencia.Portalsemes. España 2013, [citado 15 febrero 2018]. Vol. 25. Disponible en: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yZHrByDNiXQJ:emergencias.portalsemes.org/descargar/guia-practica-para-el-manejo-de-la-hemorragia-digestiva-alta-no-varicosa/force\\_download/+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yZHrByDNiXQJ:emergencias.portalsemes.org/descargar/guia-practica-para-el-manejo-de-la-hemorragia-digestiva-alta-no-varicosa/force_download/+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec)
18. LaBrecque D, Khan A, Sarin S, Mair A. Varices Esofágicas. Rev. Guías mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Estados Unidos 2015, [citado 15 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/esophageal-varices-spanish-2014.pdf>
19. Hreinsson J, Kalaitzakis E, Gudmundsson S, Bjömssons E. Upper



- gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. Scandinavian Journal of Gastroenterology. Noruega 2013. [citado 16 febrero 2018]. Vol. 48, N. 4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3613943/>
20. Velasquez J. Características Clínicas, Epidemiológicas y Endoscópicas de la Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2012". Rep. UNAS, Perú 2013, [citado 25 octubre 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4088/MDveccjg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Montaña A. Impacto clínico de la albúmina sérica en la hemorragia de tubo digestivo alto no variceal. Rev de Gastroenterologia de México. México 2016. [citado 16 febrero 2018]. Vol. 81 N. 4. Disponible en: [file:///C:/Users/usuario-pc/Downloads/S0375090616300763\\_S300\\_es%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario-pc/Downloads/S0375090616300763_S300_es%20(1).pdf)
22. Riverón K, González L, Llorca A. D, Dinza S. A. Endoscopia de Urgencia en Pacientes con Episodio Agudo de Sangrado Digestivo Alto, Rev. MEDISAN-Scielo, Cuba 2012, [citado 2 Octubre 2017]. Vol.16 N.11. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012001100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001100002)
23. Weitz J, Berger Z, Sabah S, Silva H. Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Digestivas. Rev Sociedad Gastrol. Chile 2013. [citado 16 febrero 2018]. Disponible en: <http://sociedadgastro.cl/gastroweb/documentos/Diagnostico-y-tratamiento-ED.pdf>
24. Straube S, Tramèr M. R, Andrew R, Derry S, McQuay H. J. Mortality with Upper Gastrointestinal Bleeding and Perforation: Effects of Time and NSAID use. Rev. BMC Gastroenterology. USA 2009. [citado 2 Octubre 2017]. Vol. 9 (41). Disponible en: <https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-230X-9-41>
25. Galindo F. Hemorragia Digestiva, Rev. de la SACD. Argentina 2009. [citado 28 Diciembre 2017]. Vol. 1 N.126. Disponible en:



<http://www.sacd.org.ar/uveintiseis.pdf>

26. Latasa D, Montero J, Lovesio C. Hemorragia Digestiva Grave en una UTI Polivalente, Rev. INTRAMED Journal, Argentina 2013, [citado 3 Enero 2018], Vol. 2 N. 1, Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=80163>
27. Lisanne I, Kuipers E. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: Current policies and future perspectives. World Journal of Gastroenterology. USA 2012. [citado 16 febrero 2018]. Vol 18, N. 11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3309909/>
28. Cutler J, Mendeloff A. Upper gastrointestinal bleeding. Digestive, Diseases and Sciences Journal. USA 2012. . [citado 16 febrero 2018]. Vol 26, N. 7. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01300814>
29. Álbuja M. Prevalencia de las características clínicas, epidemiológicas y demográficas de pacientes cirróticos ingresados por sangrado digestivo alto al servicio de gastroenterología del Hospital Eugenio Espejo en el periodo enero 2010 - diciembre 2015. Rep. de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. Ecuador 2016. [citado 16 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/14225/1/T-UCE-0006-ISIP0002-2018.pdf>
30. Martí A. Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Úlcera Péptica y alto Riesgo de Resangrado, evolución tratamiento y factores. Rep. de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. España 2005. [citado 16 febrero 2018]. Disponible en: [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/36506/1/01.AMA\\_1de2.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/36506/1/01.AMA_1de2.pdf)
31. Velasquez V. Características Clínicas de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en la unidad de Hemorragia Digestiva, Servicio de Gastroenterología, Hospital Edgardo Rebagliati MARTINS-ESSALUD, 2013 – 2014. Rep. USMP. Perú 2016. [citado 16 febrero 2018]. Disponible en:



[http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2544/1/VELASQUEZ\\_VV.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2544/1/VELASQUEZ_VV.pdf)

32. Moledina S. Risk factors for mortality among patients admitted with upper gastrointestinal bleeding at a tertiary hospital: a prospective cohort study. BMC Gastroenterology Journal. Tanzania 2017. [citado 16 febrero 2018]. Vol. 17, N. 165. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5738843/#>
33. Campollo O, Valencia J, Berumen A, Panduro A, Segura J. Características epidemiológicas de la cirrosis hepática en el Hospital Civil de Guadalajara. Rev. Salud Pública de México. México 2016. [citado 16 febrero 2018]. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6000/6860>
34. Abougergi M, Travis A, Saltzman J. The in-hospital mortality rate for upper GI hemorrhage has decreased over 2 decades in the United States: a nationwide analysis. Gastrointestinal Endoscopy Journal. USA 2015. [citado 16 febrero 2018]. Vol. 81, N. 4 Disponible en: [http://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(14\)02206-8/abstract](http://www.giejournal.org/article/S0016-5107(14)02206-8/abstract)
35. Villanueva C, Hemorragia digestiva alta no varicosa: tratamiento. Rev. Indo Gastroinformacion. España 2014. [citado 16 febrero 2018]. Disponible en: [http://indogastroformacion.es/cms2/media/documents/cap-09-hemorragia%20dig%20alta%20\(1\).pdf](http://indogastroformacion.es/cms2/media/documents/cap-09-hemorragia%20dig%20alta%20(1).pdf)
36. Sharara A, Rockey D. Hemorragia variceal gastroesofágica. The New England Journal of Medicine. Inglaterra 2001, [citado 16 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra003007>
37. Gado A, Ebeid B, Abdelmohsen A, Axon A. Predictores de mortalidad en pacientes con hemorragia gastrointestinal alta aguda que se sometieron a endoscopia y se confirmó que tenían hemorragia variceal. Rev. ELSEVIER. Egipto 2015. [citado 16 febrero 2018]. Vol. 51, N. 4. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2090506814000827>
38. Peng Y, Qi X, Hongyu J, Guo X. Child-Pugh versus MELD score for predicting



- the in-hospital mortality of acute upper gastrointestinal bleeding in liver cirrhosis. International Journal of Clinical and Experimental Medicine. China 2015. [citado 16 febrero 2018]. Vol. 8, N. 1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4358508/>
39. Biecker E. Diagnosis and Therapy of Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding. Rev. World Journal Gastrointest Pharmacol Ther, USA 2015, [citado 11 octubre 2017]. Vol. 6(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4635157/>
40. Zavaleta L, Características Clínico- Epidemiológico-Endoscópicas de los Pacientes Adultos con Hemorragia Digestiva Alta no Varicosa en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el Periodo 2003-2007, Rep. de la Universidad Nacional de Trujillo, Perú 2008, [citado 11 octubre 2017], Disponible en: [http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/60/ZavaletaJara\\_L.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/60/ZavaletaJara_L.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
41. Moya O. Características Clínico-Epidemiológicas de la Hemorragia Digestiva Alta en Pacientes del Hospital III Jose Cayetano Heredia- EsSalud- Piura. Peru 2012. [citado 11 octubre 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/934/MED-MOY-HUE-09.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
42. Thiebaud P, Yordanov Y, Galimar J, Raynal P, Beaune S, Jacquin L. Management of upper gastrointestinal bleeding in emergency departments, from bleeding symptoms to diagnosis. Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. Francia 2017. [citado 17 febrero 2018]. Vol. 25, N. 78. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5557479/>
43. Gomez A, Pineda L, Ibañez I, Otero W, Arbeláez V. Escala "UNAL" de predicción para identificar pacientes con hemorragia digestiva alta que necesitan endoscopia urgente. Rev. Scielo – Colombia. Colombia 2006. [citado 17 febrero 2018]. Vol. 31, N. 4. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-24482006000400002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482006000400002)



44. Restellini S, Kherad O, Jairath V, Martel M, Barkun A. N. Red Blood Cell Transfusion is Associated with Increased Rebleeding in Patients with Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding. Rev. Wiley Online Library. Canadá 2013. [citado 15 octubre 2017]. Vol.37 N.3. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apt.12170/full>
45. Mahajan P, Singh V. Etiological and Endoscopic Profile of Middle Aged and Elderly Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding in a Tertiary Care Hospital in North India: A Retrospective Analysis. Journal of Mid-Life Health. India 2017. [citado 17 febrero 2018]. Vol. 8, N. 3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5625578/>
46. García D. Perfil Clínico y Causas más Frecuentes que Condicionan Sangrado de Tubo Digestivo Alto no Variceal y Tratamiento Requerido en el Centro Médico ISSEMYM ECATEPEC en el periodo de 10 meses. Rep. Universidad Autónoma de México. México 2014. [citado 17 febrero 2018]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/oca/bitstream/20.500.11799/14695/2/414248.pdf>
47. Coello P. Prevalencia de Hemorragia Digestiva Alta en Pacientes con Cirrosis Hepática en el Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo durante el Periodo 2014. Rep. Universidad de Guayaquil. Ecuador 2015. [citado 17 febrero 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10408/1/TESIS%20PATRICIA%20GOMEZ.pdf>
48. Kumar C, Chakrabarti S, Chakraborty S, Sinharay K. Clinical profile of patients presenting with gastrointestinal bleeding in a tertiary care hospital. International Journal of Advances in Medicine. India 2017. [citado 17 febrero 2018]. Vol. 6, N. 6. Disponible en: <http://www.ijmedicine.com/index.php/ijam/article/viewFile/807/764>
49. Ulloa F. Características Clínicas, Epidemiológicas y Endoscópicas de la Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital III Goyeneche Arequipa- 2015. Rep. Universidad Católica de Santa María. Perú 2016. [citado 17 febrero 2018]. Disponible en:



<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5122/70.2097.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

50. Giron V. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. Rev. Scielo – España. España 2011. [citado 17 febrero 2018]. Vol. 10, N.22. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412011000200003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200003)
51. Cançado R, Feldman L, Patiño F, Cortez J, Rodriguez A, Chedraui P, Castro A. Transfusión o hierro en el manejo de la anemia de la hemorragia digestiva alta. Rev. Anemia. España 2012. [citado 17 febrero 2018]. Vol. 5, N.1. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/232869334\\_Transfusion\\_o\\_hierro\\_en\\_el\\_manejo\\_de\\_la\\_anemia\\_de\\_la\\_hemorragia\\_digestiva\\_alta](https://www.researchgate.net/publication/232869334_Transfusion_o_hierro_en_el_manejo_de_la_anemia_de_la_hemorragia_digestiva_alta)
52. Park S, Song Y, Ahn B, Kang S, Moon H, Sung J. The AIMS65 Score Is a Useful Predictor of Mortality in Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Urgent Endoscopy in Patients with High AIMS65 Scores. Pub Med. Corea 2015. [citado 17 febrero 2018]. Vol. 48, N.6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26668799>
53. Pesantes Castillo C, Vera Zapata F. Hemorragia Digestiva Alta. Factores De Riesgo, Localización Más Frecuente Y Tiempo De Estancia Hospitalaria. Hospital Universitario De Guayaquil 2013-2014. Rep. Universidad de Guayaquil. Guayaquil 2015. [citado 14 noviembre 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10864/1/tesis%20pesantes.pdf>
54. Wuerth B, Rockey D. Changing Epidemiology of Upper Gastrointestinal Hemorrhage in the Last Decade: A Nationwide Analysis. Digestive. Rev. Diseases and Sciences. USA 2017. [citado 14 noviembre 2017]. Vol. 63 No. 163. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10620-017-4882-6>
55. Alexandrino G, Carvalho R, Reis J. Comparison of the AIMS65 Score with Other Risk Stratification Scores in Upper Variceal and Nonvariceal





- Gastrointestinal Bleeding. Rev. Gut and Liver. Portugal 2018. [citado 5 enero 2018]. Vol. 12 No. 1, Disponible en: <http://www.gutnliver.org/journal/view.html?doi=10.5009/gnl17380>
56. Abdo-Francis J. Úlcera péptica, AINEs y Helicobacter. Revista de Gastroenterología de México. México 2013. [citado 20 noviembre 2017]. Vol. 78 No. 1. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/lcera-peptica-aines-helicobacter/articulo/S0375090613000992/>
57. Vizcaino M. Duran P. Comparación Entre El Uso De Dos Métodos De Tratamiento Endoscópico Mas Clínico Vs Un Tratamiento Endoscópico Mas Clínico En Sangrado Digestivo Alto Por Úlcera Péptica En Pacientes Que Acudieron Al Servicio De Gastroenterología Del Hospital De Especialidades FF. AA. No1 De Quito Durante El Periodo 2008-2012. Ecuador 2013. [citado 20 noviembre 2017], Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7295>
58. Ramos R, Alcázar N, Flores J, Cardoza, Alfaro A, Ríos E. Diagnóstico y tratamiento de Úlcera Péptica Aguda Complicada En el Adulto. Guia Practica Clinica CENETEC. Mexico 2015. [citado 20 noviembre 2017], Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/169\\_GP\\_C\\_ULCERA\\_PEPTICA/Gpc\\_ulcera\\_peptica.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/169_GP_C_ULCERA_PEPTICA/Gpc_ulcera_peptica.pdf)
59. Lau J, Sung J, Hill C, Henderson C, Howden C, Metz D. Systematic Review of the Epidemiology of Complicated Peptic Ulcer Disease: Incidence, Recurrence, Risk Factors and Mortality. Rev Digestion. Hong Kong 2011. [citado 18 febrero 2018]. Vol. 84. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/efdd/cd44e444d4fb22584690e7afc73d686baa6b.pdf>
60. Jovanović I, Djuranović S, Pavlović A, Culafić D, Popović D, Mijalković N et al. Aute upper gastrointestinal bleeding--erosive gastropathy. REV Acta Chir Iugosl-PUBMED. Rusia 2007. [citado 24 noviembre 2017]. Vol.54 No.1 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17633858>





61. Villacis P. Asociación de lesiones endoscópicas en pacientes con síntomas típicos de Erge y alteraciones de la manometría esofágica en el Hospital Carlos Andrade Marín en el periodo diciembre del 2014 a junio del 2015. Rep. PUCE. Ecuador 2015. [citado 18 febrero 2018], Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10429/Asociaci%C3%B3n%20de%20lesiones%20endosc%C3%B3picas%20en%20pacientes%20con%20s%C3%ADntomas%20t%C3%ADpicos%20de%20ERGE%20y%20alteraciones%20de%20l.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
62. Aguayo O, Torres, Sosa K, Ramírez A, Rodríguez C, Fernández A. et al. Causas de hemorragia digestiva alta no varicosa. Rev. Cir. Parag. Paraguay 2013. [citado 29 noviembre 2017]. Vol. 37 No.1. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2307-04202013000100003&lng=en](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202013000100003&lng=en)
63. Clere R, Schaeffer M, Vogel T, Kiesmann M, Pasquali J, Andrea Emmanuel, Upper and lower gastrointestinal endoscopies in patients over 85 years of age. Rev. Pub Med Canadá, Francia 2017. [citado 17 febrero 2018]. Vol. 96 No.44. Disponible en: <http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC5682804/>
64. El Ters E, Urgencias Quirúrgicas Digestivas en Oncología. Rev. Méd. Urug-Scielo, Uruguay 2002, Vol. 18 No. 3 [citado 29 noviembre 2017], Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902002000300004&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902002000300004&lng=es).
65. Sanjay P, Raman S, Williams G, Woodward A, Gastric epithelioid haemangioendothelioma: a rare cause of upper gastrointestinal bleeding, Postgraduate Medical Journal, Reino Unido 2005, Vol. 81 No.7, [citado 29 noviembre 2017], Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743334/pdf/v081p000e7.pdf>
66. Janmohamed A, Noronha L, Saini A, Elton C. An unusual cause of lower gastrointestinal haemorrhage, Rev. BMJ Case Reports, Reino Unido 2011, [citado 29 noviembre 2017], Disponible en: <http://casereports.bmj.com/content/2011/bcr.11.2011.5102.abstract>



67. Kar P, Mitra S, MD, Resnick J, Torbey C. F, Gastric antral vascular ectasia: case and review of the literature. Rev. Clin Med Res, USA 2103. [citado 29 noviembre 2017]. Vol. 11 No.2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3692392/>
68. Romcea, A, Tanțău M, Seicean A, Pascu O. The Etiology Of Upper Gastrointestinal Bleeding In Cirrhotic Patients. CLUJUL MEDICAL Journal, USA 2013. [citado 29 noviembre 2017]. Vol. 86 No. 1 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462488/>
69. Relea Pérez L, Magaz Martínez M, Pons Renedo F. Massive Upper Gastrointestinal Bleeding Due to a Dieulafoy's Lesion Inside a Duodenal Diverticulum. Revista Española de Enfermedades Digestivas, USA 2017. [citado 30 noviembre 2017]. Vol. 109 No.12, Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29082743>
70. Nojkov B, Cappell M. Gastrointestinal bleeding from Dieulafoy's lesion: Clinical presentation, endoscopic findings, and endoscopic therapy, World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. USA 2015. [19 febrero 2018]. Vol. 7 No.4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4400618/>
71. González E. Terapia endoscopia de la hemorragia digestiva alta por lesión de Dieulafoy. Rep. Universidad de Azuay. Ecuador 2009. [19 febrero 2018]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/23>
72. Palmer K, Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage, British Medical Bull, Reino Unido 2007. [citado 30 noviembre 2017]. Vol. 83 No. 24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17942452>
73. Cybulka B. Mallory-Weiss syndrome based on own experience – diagnostics and modern principles of management. POLSKI PRZEGLĄD CHIRURGICZNY, USA 2016. [citado 30 noviembre 2017]. Vol. 88 No.2. Disponible en: <https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/pjs.2015.88.issue-2/pjs-2016-0031/pjs-2016-0031.pdf>
74. Portilla G. Factores de riesgo y causas de hemorragia digestiva alta en el servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2009. Rep.



Universidad de Cuenca. Ecuador 2010. [citado 18 febrero 2018]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3945>

75. Gallego B, Martínez J, Marín C, and Gajownik, U, Úlceras de Cameron: dos formas de presentación clínica de una hemorragia digestiva alta infrecuente, Rev. Gastroenterología y Hepatología, España 2014, Vol. 37 No.10, [citado 30 noviembre 2017], Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-lceras-cameron-dos-formas-presentacion-S0210570514000661>
76. Aypak C, Cakmak N, Gorpelioglu S, An Unusual Cause of Anemia: Cameron Ulcer, Cukurova Medical Journal, Ankara 2016, Vol. 34 No.1, [citado 30 noviembre 2017], Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/271188085\\_An\\_Unusual\\_Cause\\_of\\_Anemia\\_Cameron\\_Ulcer](https://www.researchgate.net/publication/271188085_An_Unusual_Cause_of_Anemia_Cameron_Ulcer)
77. Lin C, Tung C, Yeh H, Chang C, Lin C. W, Aorto-esophageal fistula: an uncommon complication after stent-graft repair of an aortic thoracic aneurysm, Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery, Taiwan 2008, Vol. 71 No. 2, [citado 30 noviembre 2017], Disponible en: [http://www.icma-online.com/article/S1726-4901\(08\)70083-2/pdf](http://www.icma-online.com/article/S1726-4901(08)70083-2/pdf)
78. Voorhoeve R, Moll F. L, de Letter J. A, Bast T. J, Wester J. P, Slee P. H, Primary aortoenteric fistula: report of eight new cases and review of the literature. Annals of Vascular Surgery, Canada 1996, Vol. 10 No.1, [citado 30 noviembre 2017], Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02002340>
79. Lin C, Tung C, Yeh H, Chang C, Lin C. W, Aorto-esophageal fistula: an uncommon complication after stent-graft repair of an aortic thoracic aneurysm, Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery, China 2008, Vol. 71 No. 2, [citado 30 noviembre 2017], Disponible en: [http://www.icma-online.com/article/S1726-4901\(08\)70083-2/pdf](http://www.icma-online.com/article/S1726-4901(08)70083-2/pdf)



80. Plaza R, Froilan C, Martin Maria, Suarez J, Aldeguer M. La hemorragia digestiva alta en el paciente anciano mayor de 80 años. Rev. Esp. De Geriatria y Gerontologia. España 2012. [citado 1 diciembre 2017]. Vol. 47, No.3. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X11002095>
81. Narváez R. M, Cortez C. A, González J. A, Tamayo J. L, Zamapirra F, Torre A, Consenso Mexicano de Hipertensión Portal, Rev. De Gastroenterología de México, México 2013, Vol. 78 No. 2, [citado 24 noviembre 2017], Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/consenso-mexicano-hipertension-portal/articulo/S0375090613000293/>
82. Komori K, Kubokawa M, Ihara E, Akahoshi K, Nakamura K, Motomura K. Prognostic factors associated with mortality in patients with gastric fundal variceal bleeding. World Journal of Gastroenterology. Japon 2017. [citado 18 febrero 2018]. Vol. 23, N. 3 Disponible en: <https://www.wjnet.com/1007-9327/full/v23/i3/496.htm>
83. Yan D. A prognostic analysis of cirrhotic esophageal variceal bleeding treated with standardized endoscopic therapy. Rev. China de Hepatologia. China 2017. [citado 18 febrero 2018]. Vol. 25, N. 3 Disponible en: [http://zhgzbzz.yiigle.com/CN501113201703/988450.htm?locale=zh\\_CN](http://zhgzbzz.yiigle.com/CN501113201703/988450.htm?locale=zh_CN)
84. Calderon W, Martínez J, Rivera D, Pinto R, Marín A, Garzón O. Gastric varices: a challenge for endoscopic management. Colombia 2013. [citado 18 febrero 2018]. Vol. 28, N. 1 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v28n1/v28n1a08.pdf>
85. Castillo O, Palacios F, Yoza M, Cantardo C, Soriano C. Uso de Cianoacrilato en la Terapia Endoscópica de Várices Gástricas: Experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins del 2006 al 2010. Perú 2011. . [citado 18 febrero 2018]. Vol. 31, N. 3 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rqp/v31n3/a02v31n3.pdf>



86. Urrunaga NH, Rockey DC, Portal hypertensive gastropathy and colopathy, Rev. NCBI-PUBMED, USA 2014, Vol. 18 No. 2 [citado 24 noviembre 2017], Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24679502>
87. Cordeiro de Azevedo F, Fracassi M, Assef M, Ribeiro M, Szutan L, Ferreira F. Elevated Gastric Antrum Erosions in Portal Hypertension Patients: Peptic Disease or Mucosal Congestion. The Korean Journal of Gastroenterology. Brasil 2017, [citado 27 noviembre 2017]. Vol. 69 No. 5. Disponible en: <http://pdf.medrang.co.kr/Kjg/069/Kjg069-05-03.pdf>
88. Goldman L, Schafer A, Cecil y Goldman Tratado de Medicina Interna, Editorial ELSEVIER, Barcelona-España 2013, Vol. 1, Edicion N. 24, Cap 140. Pag 889-890, [citado 24 noviembre 2017] 94
89. Stanley A. Update on risk scoring systems for patients with upper gastrointestinal haemorrhage. World Journal of Gastroenterology. Reino Unido 2012. [citado 16 febrero 2018]. Vol. 69 No. 5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3374976/>
90. Infante M, Guisado Y, Rodríguez D, Ramos J, Perez A, Dominguez R. Utilidad de la escala clínica de Rockall en la hemorragia digestiva alta no varicosa. Rev. Cubana de Cirugía. Cuba 2014. [citado 16 febrero 2018]. Vol. 52 No. 3. Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/137/65>
91. Monteiro S, Cúrdia T, Magalhães J, Cotter J. Upper gastrointestinal bleeding risk scores: Who, when and why?. World Journal of Gastroenterology. Portugal 2016. [citado 16 febrero 2018]. Vol. 7 No. 1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4753192/>
92. Ramil I. Escala Forrest: Estratificación y Manejo del Riesgo Según Hallazgos Endoscópicos en Hemorragia Digestiva Ulcerosa. Rep. Universitario de Coruña. España 2010. [citado 16 febrero 2018]. Disponible en: [http://meiga.info/Escalas/ESCALA\\_FORREST.pdf](http://meiga.info/Escalas/ESCALA_FORREST.pdf)



93. Martínez G, Manrique M, Chávez M, Hernández N, Valle E, Pérez T. Utilidad de escalas pronósticas en hemorragia digestiva proximal secundaria a úlcera péptica. Rev. ELSEVIER. México 2016. [citado 16 febrero 2018]. Vol. 28, N.4. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario-pc/Downloads/14-1-30-1-10-20170103.pdf>
94. Cortés P. Clasificación de Forrest. Rev. Gastroenterol Latinoamerica. Chile 2010. [citado 17 febrero 2018]. Vol. 21, N.1. Disponible en: <http://endoscopia.uc.cl/publicaciones/Clasificaci%C3%B3n%20de%20Forrest.pdf>
95. Espejo H. Clasificación de los Adenocarcinomas de Estómago. Rev. Gastroenterol Perú. Perú 2003. [citado 17 febrero 2018]. Vol. 23. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v23n3/a06v23n3>
96. Espino A. Clasificación de Los Ángeles de esofagitis. Rev. Gastroenterol Latinoamérica. Chile 2010. [citado 17 febrero 2018]. Vol. 21, N. 2. Disponible en: <http://files.sld.cu/gastroenterologia/files/2011/10/clasificacion-de-los-angeles-de-esofagitis.pdf>
97. Lopez R, Diaz O, Ruiz J, Anido V, Martinez Y. Ligadura de Varices Esofagicas mediante Remontaje de Bandas Elasticas en Sets Descartables Recuperados. Rev. Habanera de Ciencias Médicas. Cuba 2010. [citado 17 febrero 2018]. Vol. 5, N. 1. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1804/180419784010.pdf>
98. Casas R, Calvet X, Vergara M, Junquera F. "Gastroenteropatía por hipertensión portal: prevalencia y factores predictivos, utilidad de los métodos diagnósticos y determinación de los niveles plasmáticos de factores Angiogénicos". Rep. Universidad de Barcelona. España 2015. [citado 17 febrero 2018]. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/148837>
99. Sandoval O. Características Clínicas y Endoscópicas de la Hemorragia



Digestiva Alta Aguda no Variceal Hospital Cayetano Heredia III ESSALUD Piura 2004-2010. Rep. USMP. Perú 2015. [citado 17 febrero 2018]. Disponible en:

[http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1960/3/sandoval\\_of.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1960/3/sandoval_of.pdf)

100. Colombato L, Bandi J, Fernández N, Mendizábal M, Paz S, Romero G. Guías de Manejo de las Varices Esofo-Gástricas, Rev. Asociación Argentina para el Estudio de las Enfermedades del Hígado. Argentina 2015 [citado 20 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.sociedadgastroba.com.ar/articulos/Curso%202016/Guiaslaplata150716.pdf>

101. Oliver Solaz L, Jordán Alonso AD, Alfonso Moya O, Alejo Concepción O, Cruz Méndez D. Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el quinquenio 2009 a 2013. Rev Méd Electrón, Cuba 2017 Vol. 39 No.3, [citado 30 noviembre 2017], Disponible en <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1276/3432>

102. Portal Y. Manejo Terapéutico del Sangrado Digestivo Alto Basado en Evidencia en Pacientes del Servicio de Gastroenterología Hospital IESS Ambato. Rep. UNIANDÉS. Ambato 2014. [citado 20 febrero 2018]. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/2953/1/TUAMED035-2014.pdf>

103. Guidotti F, Contreras C, Cabello N, Montenegro C, Muñoz P, Berger Z. TL 58 – Etiologías y Tratamiento de la Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Rev. Gastroenterología Latinoamericana. Chile 2016. [citado 20 febrero 2018]. Vol. 27. Disponible en: <http://gastrolat.org/tl-58-etilogias-y-tratamiento-de-la-hemorragia-digestiva-alta-en-el-hospital-clinico-de-la-universidad-de-chile/>





104. Álvarez M, Mora R, Vanegas M, Factores Asociados a Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en Pacientes Mayores de 39 Años. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca – Ecuador, Rev Medica HJCA, Ecuador 2015. [citado 1 diciembre 2017]. Vol. 7 No.1. Disponible en: <http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/viewFile/10/11>
105. Scholz B, Morales J, Mena J, Meneses P, Reinoso A, Cando P, Tercera Conferencia de las Naciones Unidas Sobre la Vivienda y el Desarrollo Urbano Sostenible. Habitat III, Rev Habitat y Vivieda (Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, Ecuador 2015, [citado 1 diciembre 2017], Disponible en: [http://www.habitatyvivienda.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Informe-Pais-Ecuador-Enero-2016\\_vf.pdf](http://www.habitatyvivienda.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Informe-Pais-Ecuador-Enero-2016_vf.pdf)
106. Adam Viviane, Barkun N. Estimates of Costs of Hospital Stay for Variceal and Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding in the United States. Rev. Division of Gastroenterology, McGill. Canadá 2018. [citado 20 febrero 2018]. Vol. 11 No.1. Disponible en: [http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(10\)60490-1/pdf?\\_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1098301510604901%3Fshowall%3Dtrue](http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(10)60490-1/pdf?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1098301510604901%3Fshowall%3Dtrue)
107. Wan J, Young S, Jin J, Woo S, Kul Y, Seol J. Is the AIMS 65 Score Useful in Predicting Clinical Outcomes in Korean Patients with Variceal and Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding?. Rev Gut and Liver. Corea 2017. [citado 20 febrero 2018]. Vol. 11, No.6. Disponible en: <http://www.gutnliver.org/journal/view.html?doi=10.5009/gnl16607#>
108. Leerdam M. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. Rev. Elsevier. Países Bajos 2008. [citado 20 febrero 2018]. Vol.22, No.2. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521691807001163?via>





[%3Dihub#!](#)

109. Lip H, Heah H, Huei T, Premaa S, Sarojah A. Rockall risk score in predicting 30 days non-variceal upper gastrointestinal rebleeding in a Malaysian population. Re. Pub Med. Malaysia 2016. [citado 20 febrero 2018]. Vol.71, No.5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28064286>
110. Cremers I, Ribeiro S. Management of variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis. Rev. Therapeutic Advances in Gastroenterology. Portugal 2014. [citado 20 febrero 2018]. Vol.7, No.5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4107701/>
111. Alban J. Factores Predisponentes para la Aparición de Hemorragia Digestiva Alta en Pacientes de Unidad de Cuidados Intensivos. Rep. Universidad de Guayaquil. Ecuador 2016. [citado 20 febrero 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/20318/1/FACTORES%20PREDISPONENTES%20PARA%20LA%20APARICION%20DE%20HEMORRAGIA%20-%20ALBAN%20CUENCA%20JAIME.pdf>
112. Choez A. Hemorragia Digestiva Alta Causas y Factores de Riesgos en Pacientes de 40 a 60 años. Rep. Universidad de Guayaquil. Guayaquil 2016. [citado 20 febrero 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/22473/1/TRABAJO%20DE%20TITULACION%20ARIANA%20CHOEZ.pdf>
113. Olmo J. Profilaxis de la hemorragia digestiva por varices esofágica. Rev. Elsevier. España 2011. [citado 20 febrero 2018]. Vol. 19, N.4. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-sociedad-valenciana-patologia-digestiva-160-articulo-profilaxis-hemorragia-digestiva-por-varices-10018094?referer=buscador>



114. MINSAL [Internet]. Chile: MINSAL; 2013. [actualizado 2013; citado 20 febrero 2018]. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario-pc/Downloads/Helicobacter-Pylori-en-paciente-con-%C3%BAlcera-p%C3%A9ptica-2013.pdf>
115. Yépez N, Frecuencia de Hemorragia Digestiva Superior en Pacientes del Servicio de Emergencia, Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda", Junio 2003-Julio 2004, España 2005, [citado 3 diciembre 2017], Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWI143Y462005.pdf>
116. Moncrieff H. Estudio Comparativo Entre la Clasificación Endoscópica de Borrmann e Histopatológica de Lauren y su Relación con la Presencia de Metástasis en pacientes con Cáncer Gástrico. Rep. Universidad de Cartagena. Venezuela 2017. [citado 20 febrero 2018]. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/4608/1/ESTUDIO%20COMPARATIVO%20ENTRE%20LA%20CLASIFICACION%20ENDOCOPICA%20DE%20BORRMANN%20E%20HISTOPATOLOGICA%20DE%20LAUREN%20Y%20S.pdf>
117. Macías J, Velez L. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico Asociado a Helicobacter Pylori en Pacientes Ingresados en el Área de Endoscopia del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de Chone. Septiembre 2013 – Febrero 2014. Rep. Universidad Técnica de Manabí, Ecuador 2014. [citado 20 febrero 2018]. Disponible en: <http://186.46.160.200/bitstream/123456789/316/1/TESIS%20FINAL%20ERGE%20y%20Helicobacter%20pylori.pdf>
118. Yépez P. Validez del Pedido de Endoscopia Digestiva Alta para el Diagnóstico de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) desde Junio del 2012 hasta Junio del 2013 en Pacientes del Hospital General de las Fuerzas Armadas, Quito. HE-1. Rep. Universidad Pontificia Católica del Ecuador. Ecuador 2014. [citado 20 febrero 2018]. Disponible en:



<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7369/11.27.001656.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

119. Rojas C. Frecuencia de Várices Esofágicas por Diagnóstico Endoscópico, Correlación con sus Características Clínico, Laboratoriales y Ecográficas y Tratamiento Endoscópico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Goyeneche Arequipa de los años 2008 al 2012. Rep. Universidad Nacional de San Agustín. Perú 2013. [citado 20 febrero 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4075/MDrodcij.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
120. Gonzalez J, Sanchez C, Delgado J. Efectividad del Índice de Rockall para evaluar riesgo de resangrado en la hemorragia digestiva alta. Rev. Medica Electronica Portales Medicos. Cuba 2016. [citado 20 febrero 2018]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/indice-rockall-hemorragia-digestiva-alta/>
121. Zapata A. Validez diagnóstica de la escala de Glasgow-Blatchford para la predicción de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Cayetano Heredia, Piura. Rep. Universidad Privada Atenor Orrego. Perú 2017. [citado 20 febrero 2018]. Disponible en: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2728/1/RE\\_MED.HUMA\\_ALEXANDRA.ZAPATA\\_VALIDEZ.DIAGNOSTICA.DE.LA.ESCALA\\_DATOS.PDF](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2728/1/RE_MED.HUMA_ALEXANDRA.ZAPATA_VALIDEZ.DIAGNOSTICA.DE.LA.ESCALA_DATOS.PDF)
122. Marmo R, Rotondano G, Piscopo R, Bianco M, D'Angella R, Cipolleta L. Dual therapy versus monotherapy in the endoscopic treatment of high-risk bleeding ulcers: a meta-analysis of controlled trials. Rev. Pub Med. Italia 2007. [citado 20 febrero 2018]. Vol. 102, N.2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17311650>
123. Barkun A. What is the ideal timing for endoscopy in acute upper gastrointestinal bleeding?. Rev. Pub Med. Canadá 2017. [citado 20 febrero 2018]



2018]. Vol. 5, N.5. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5429169/>

124. Bravo E, Guzman P, Gallegos R, Ciliotta A, Corzo M, Mercado J. Utilidad del score de Baylor en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima – Perú. Rev Scielo Perú. Perú 2013. [citado 20 febrero 2018]. Vol. 33, N.4. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292013000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292013000400004&script=sci_arttext)

## CAPITULO IX

### 9. ANEXOS

#### ANEXO 1: ESCALAS ENDOSCOPICAS

##### 1.-ESCALA DE ROCKALL

Variables	Puntos			
	0	1	2	3
Edad (años)	< 60	60 - 79	> 80	
Frecuencia cardiaca (lat/min)	<100	≥ 100		
Tensión arterial sistólica (mmHg)	≥ 100		<100	
Comorbilidad		Cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, cualquier otra comorbilidad mayor		Insuficiencia renal, cáncer

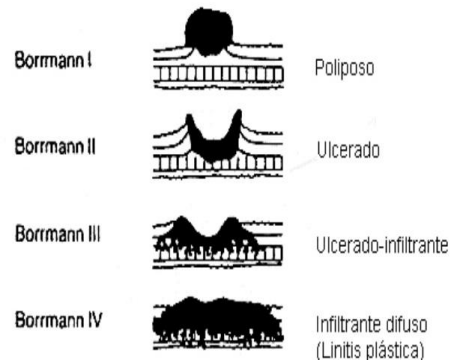
##### 2.-ESCALA DE GLASGOW BLATCHFORD

Variables de la escala	Puntos				
	0	1	2	3	6
Hb (g/dL) hombre	≥ 13	12-12,9		10-11,9	< 10
Hb (g/dL) mujer	≥ 12	10-11,9			< 10
TAS ≤ 90 mmHg	≥ 100	100-109	90-99		< 90
FC 100 lat/min	< 100	≥ 100			
Melena	No	Sí			
Hepatopatía crónica	No		Sí		
Insuficiencia cardiaca	No		Sí		

##### 3.-ESCALA DE FORREST

Grupo	Hallazgos endoscópicos	Riesgo de resangrado %
Ia	Hemorragia en chorro	80-90
Ib	Hemorragia babeante	10-30
IIa	Vaso visible no sangrante	50-60
IIb	Coágulo adherente	25-35
IIC	Mancha pigmentada	0-8
III	No estigmas	0-12

### 3.-ESCALA DE BORRMAN



### 4.- CLASIFICACION DE LOS ANGELES

Clasificación de Los Angeles (Tabla 1)

Grado A	1 o más erosiones < 0= a 5mm de long., que no se extienden entre los extremos superiores de los pliegues de la mucosa esofágica.
Grado B	1 o > erosiones > de 5mm de long. Pero que no se continúan entre los extremos superiores de los pliegues de la mucosa esofágica.
Grado C	1 o > erosiones de la mucosa que se continúan entre los extremos de los pliegues de la mucosa esofágica que comprometen menos del 75% de la circunferencia esofágica.
Grado D	Erosiones que comprometen más de 75% de la circunferencia esofágica.
Grado E	Úlceras, estenosis, Esófago de Barrett

### 5.-CLASIFICACION DE PAQUET

<b>GRADO I</b>	MINIMA PROTRUSION DE LA PARED ESOFAGICA O TELEANGIECTASIA E HIPERVASCULARIDAD CAPILAR
<b>GRADO II</b>	PRESENCIA DE NODULOS O CORDONES MODERADAMENTE PROTRUYENTES QUE OCUPAN COMO MAXIMO ¼ DE LA LUZ ESOFAGICA
<b>GRADO III</b>	PROTRUSION DE VARICES QUE INVADE HASTA DE LA MITAD DE LA LUZ ESOFAGICA
<b>GRADO IV</b>	VARICES TAN GRUESAS QUE OCUPAN MAS DE LA LUZ ESOFAGICA

### 5.-CLASIFICACION DE MC CORMACK ET AL

GRADO	CARACTERISTICA
<b>LEVE</b>	PATRON EN MOSAICO PUNTEADO ROJO O PATRON EN ESCARLATINA
<b>GRAVE</b>	MANCHAS ROJO-CEREZA GASTRITIS DIFUSA HEMORRAGICA



## ANEXO 2. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<b>FRECUENCIA</b>	Número de casos por año	Tiempo		Casos por año
<b>SEXO</b>	Características fenotípicas del ser Humano.	Características fenotípicas	Características fenotípicas	Masculino Femenino
<b>EDAD</b>	Tiempo trascurrido desde el nacimiento	Tiempo	Años Cumplidos	≤ 44 45 a 64 ≥ 65
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>	Lugar donde reside la persona en los últimos 5 Años.	Lugar de residencia	Tipo de lugar	Urbana Rural
<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	Años de estudio de una persona en una institución.	Años de estudio	Nivel de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
<b>OCUPACION</b>	Conjunto de empleos cuyas principales tareas y cometidos se caracterizan por un alto grado de similitud	Ocupación	Empleo	Clasificación Nacional de Ocupaciones 08
<b>ESTANCIA HOSPITALARIA</b>	Tiempo transcurrido desde el ingreso hasta el día de egreso del Paciente.	Tiempo	Días	1 – 7 8 - 14 15 - 21 ≥ 22
<b>CONDICIÓN DE EGRESO</b>	Condición de vivo o fallecido	Tipo de condición	Vivo Fallecido	Vivo Fallecido
<b>RECIDIVA</b>	Reaparición del Cuadro después de un periodo menor a 30 días.	Condición	Recidiva	SI NO
<b>HABITOS PATOLOGICOS</b>	Costumbres de un individuo que se puede transformar en enfermedad	Hábitos patológicos personales	Alcoholismo Tabaquismo otros	SÍ NO
<b>MEDICACION PREVIA</b>	Medicamento recibido antes del cuadro de hemorragia digestiva alta	exposición	Aines Antitromboticos Antiagregantes otros	SÍ NO
<b>COMORBILIDADES</b>	La presencia de uno o más trastornos o enfermedades además del trastorno primario.	Enfermedades Asociadas	Enfermedades Asociadas	Cardiopatía Metabólicas Renales Vasculares Hepáticas Gastropatías Neoplasias







ANEXO 3: FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Formulario de enrolamiento para el estudio

**\*INSTRUCTIVO:**

- 1.-Para llenar la sección de codificación se utilizara el número de historia clínica del paciente.
- 2.-Para llenar el formulario, colocar una x en el cuadro correspondiente a las variables si el paciente lo tiene.
- 3.- En las áreas con \_\_\_\_\* colocar la descripción de la variable.

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS, ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON  
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014-2016

CODIFICACION: -----

Fecha actual: día mes año

1. EDAD: \_\_\_\_

2. SEXO:M\_\_\_\_F\_\_\_\_

3. LUGAR DE RESIDENCIA:

Urbano ☐

Rural ☐

4. NIVEL DE INSTRUCCION

Analfabeto ☐

Primaria ☐

Secundaria ☐

Superior ☐

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

4. ESTANCIA HOSPITALARIA

1-7	8-14	15-21	>22
-----	------	-------	-----

5. CONDICION DE EGRESO: Vivo ☐ Fallecido ☐

6. HABITOS PATOLOGICOS:

ALCOHOLISMO	
TABAQUISMO	
OTROS	

7. MEDICACION PREVIA

AINES	
ANTITROMBOTICOS	
ANTIAGREGATES	
OTROS	

9.- COMORBILIDADES

cardiopatía	
Enfermedad Metabólica	
Renales	
Vasculares	
Hepatopatía	
Gastropatía	
Neoplasia	
Infecciones	



10. TIPO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA : Variceal ☐ No variceal ☐

11. CUADRO CLINICO:

Signos	
Melenas	
Hematemesis	
Hematoquezia	
Taquicardia	
Vomito en pozo de café	
Shock hipovolémico	

Síntomas	
Dolor abdominal	
Diaforesis	
Anemia	
Palidez	
Debilidad	

12. HALLAZGOS ENDOSCOPICOS DE ACUERDO A LA ETIOLOGIA

HALLAZGO ENDOSCOPICO		DESCRIPCION DE ACUERDO A ESCALAS ENDOSCOPIAS
Úlcera gástrica		
Úlcera duodenal		
Gastropatía erosiva		
Lesiones agudas de la mucosa		
Gastropatía por hipertensión portal		
Varices esofágicas		
Varices gástricas		
Síndrome de Mallory weiss		
Esofagitis erosiva		
Duodenitis erosiva		
Tumores gástricos		
Ectasias vasculares		
Endoscopia negativa		

9.-Escala Endoscópica

Score Rockall	
Score Glasgow-Blatchford	

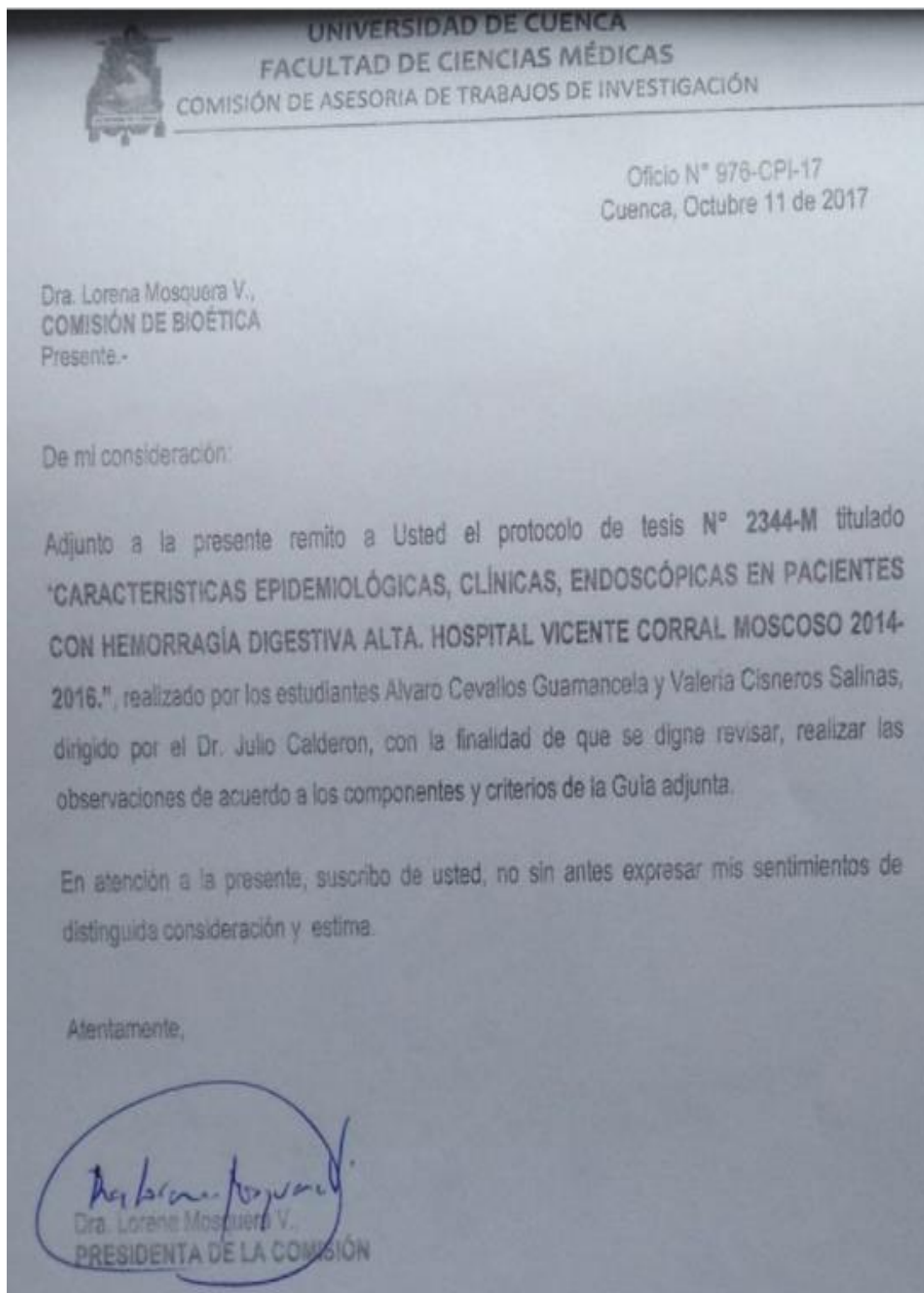
10.-Tiempo en realizar la endoscopia desde el ingreso\_\_\_\_\_

11.-Tratamiento endoscópico recibido\_\_\_\_\_



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### ANEXO 4: APROBACION DEL COMITÉ DE ETICA





## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### ANEXO 5: AUTORIZACION DEL DIRECTOR DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

Ministerio de Salud Pública  
**HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO**  
**UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

Oficio N° 188-UDI-201  
Cuenca, 02 de octubre de 2015

Dra.  
Lorena Mosquera  
**PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CPI**  
**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
Presente.-

De mis consideraciones:

Luego de un cordial saludo, informo que el estudio de tesis titulado: "Características epidemiológicas, clínicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Período 2014-2016" fue analizado por la Comisión de Docencia e Investigación de este centro médico, determinando su factibilidad.

Por la favorable atención a la presente, anticipamos nuestro sincero agradecimiento.

Atentamente,

  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**  
**DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO**

CC. Archivo